



## COMISIÓN DE SANIDAD

### PRESIDENCIA

### DOÑA MARÍA MONTERO CARRASCO

Sesión celebrada el día 5 de junio de 2020, en Valladolid

---

---

### ORDEN DEL DÍA

1. Comparecencia del Ilmo. Sr. Director General de Planificación y Asistencia Sanitaria, SC/000167, a solicitud del Grupo Parlamentario Socialista, para informar a la Comisión sobre:
  - Actuaciones realizadas por su centro directivo y previsiones relacionadas con la pandemia por COVID-19 y sus efectos.

### SUMARIO

	<u>Páginas</u>
Se inicia la sesión a las diez horas treinta y cinco minutos.	5603
La presidenta, Sra. Montero Carrasco, abre la sesión y recuerda a los señores procuradores y asistentes a la Comisión la obligatoriedad del uso de mascarilla.	5603
Intervención de la procuradora Sra. García Rioja (Grupo Socialista) para comunicar sustituciones.	5603
<b>Primer punto del orden del día. SC/000167.</b>	
La presidenta, Sra. Montero Carrasco, da lectura al primer punto del orden del día.	5603
Intervención del Sr. Montero Moreno, director general de Planificación y Asistencia Sanitaria de la Gerencia Regional de Salud, para informar a la Comisión.	5603
La presidenta, Sra. Montero Carrasco, abre un turno para la formulación de preguntas u observaciones por parte de los portavoces de los grupos parlamentarios.	5617



	<u>Páginas</u>
En turno de portavoces, interviene el procurador Sr. Puente Alcaraz (Grupo Socialista).	5617
En turno de portavoces, interviene el procurador Sr. Pascual Muñoz (Grupo Mixto).	5621
En turno de portavoces, interviene el procurador Sr. Delgado Palacios (Grupo Ciudadanos).	5624
La presidenta, Sra. Montero Carrasco, suspende la sesión y comunica que se guardará un minuto de silencio a las doce en la puerta principal de las Cortes.	5627
Se suspende la sesión a las once horas cincuenta y cinco minutos y se reanuda a las doce horas diez minutos.	5627
La presidenta, Sra. Montero Carrasco, reanuda la sesión.	5627
En turno de portavoces, interviene el procurador Sr. Vázquez Ramos (Grupo Popular).	5627
Intervención del Sr. Montero Moreno, director general de Planificación y Asistencia Sanitaria de la Gerencia Regional de Salud, para responder a las cuestiones planteadas.	5630
En turno de réplica, interviene el procurador Sr. Puente Alcaraz (Grupo Socialista).	5636
En turno de réplica, interviene el procurador Sr. Pascual Muñoz (Grupo Mixto).	5637
En turno de réplica, interviene el procurador Sr. Delgado Palacios (Grupo Ciudadanos).	5639
En turno de réplica, interviene el procurador Sr. Vázquez Ramos (Grupo Popular).	5640
En turno de dúplica, interviene el Sr. Montero Moreno, director general de Planificación y Asistencia Sanitaria de la Gerencia Regional de Salud.	5642
La presidenta, Sra. Montero Carrasco, levanta la sesión.	5644
Se levanta la sesión a las trece horas cinco minutos.	5644



*[Se inicia la sesión a las diez horas treinta y cinco minutos].*

**LA PRESIDENTA (SEÑORA MONTERO CARRASCO):**

Buenos días, señorías. Se inicia la sesión. Antes de comenzar, recuerdo a los señores procuradores y a los asistentes a esta sesión que, de conformidad con los criterios fijados por la Presidencia de la Cámara y por las autoridades sanitarias, es obligatorio el uso de las mascarillas en todo momento, salvo cuando se esté en el uso de la palabra.

¿Algún grupo parlamentario tiene alguna sustitución que comunicar? Sí, ¿Grupo Socialista?

**LA SEÑORA GARCÍA RIOJA:**

Por el Grupo Socialista, Carmen García Romero sustituye a Javier Campos.

**LA PRESIDENTA (SEÑORA MONTERO CARRASCO):**

De acuerdo. ¿Grupo Parlamentario Popular? ¿No? Muy bien, pues comenzamos.

## **SC/000167**

Primer punto del orden del día: **Comparecencia del ilustrísimo señor Director General de Planificación y Asistencia Sanitaria, a solicitud del Grupo Parlamentario Socialista, para... para informar a la Comisión sobre: Actuaciones realizadas por su centro directivo y previsiones relacionadas con la pandemia por COVID-19 y sus efectos.**

Tiene la palabra el ilustrísimo señor director general de Planificación y Asistencia Sanitaria.

**EL DIRECTOR GENERAL DE PLANIFICACIÓN Y ASISTENCIA SANITARIA DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD (SEÑOR MONTERO MORENO):**

Muchas gracias, señora presidenta. Buenos días, señoras y señores procuradores. Comparezco ante esta Comisión para dar cuenta de las medidas y actuaciones que se han llevado a cabo desde la Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria de la Gerencia Regional de Salud de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León en relación a la COVID-19.

A cuatro de junio, a día de ayer, el número de casos confirmados de enfermedad COVID en nuestra Comunidad es de 25.692. En el ámbito asistencial hospitalario se ha dado el alta a 8.292 y han fallecido 2.017. Aprovecho, por cierto, para hacer un inciso en memoria de todas las víctimas de coronavirus. Por ello, mi más sentido pésame para sus familiares y allegados.

Dicho esto, quisiera iniciar mi comparecencia exponiendo los principales datos que permiten acercarnos a la situación de presión y la capacidad de adaptación de nuestro sistema de salud en esta pandemia. Y a continuación les detallaré las principales actuaciones que se han llevado a cabo para dar respuesta a las necesidades surgidas.

Como recordarán, el once de marzo la Organización Mundial de la Salud elevó la situación de emergencia de salud pública ocasionada por la COVID-19 a pandemia



internacional. En España, hasta esta fecha se habían registrado 2.950 casos confirmados, 84 fallecidos y 190 ingresos en uci. En Castilla y León había 92 casos, 4 casos habían precisado ingreso en uci y no se había producido hasta entonces ningún fallecimiento. Sin embargo, en la Gerencia Regional de Salud, en la Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria, se venía ya trabajando desde hacía unas semanas de cara a dar repuesta al previsible incremento, tanto en el número como en la complejidad de la demanda asistencial que nos venía. Dispusimos de un Plan de Respuesta Asistencial como el instrumento eficaz para hacer frente a la situación de riesgo colectivo que nos estaba llegando.

Como ya saben, el nivel III del Plan de Respuesta Asistencial frente a la epidemia por coronavirus COVID, tras la declaración de Castilla y León como zona de transmisión comunitaria y la declaración del estado de alarma por parte del Gobierno de la Nación, fue activado y comunicado el catorce de marzo de dos mil veinte, y ello supuso una serie de condicionantes en la asistencia sanitaria a los ciudadanos, con el fin de evitar desplazamientos a los centros asistenciales tanto de Atención Primaria como de la Hospitalaria. Se introdujeron nuevas medidas y se consolidaron otras que ya habían iniciado previamente, antes de la declaración del estado de alarma, y de las que a lo largo de mi intervención destacaré los aspectos principales.

Señorías, la planificación sanitaria es compleja, pero más aún en los momentos en los que nos encontramos. La monitorización de la actividad asistencial es la clave para la toma de decisiones basadas en hechos, en indicios y en oportunidades de mejora. Son los datos los que nos proporcionan esa información. Es preciso señalar que, ante los acontecimientos que sucedían y las informaciones de las que disponíamos, desde la Dirección General que tengo el honor de dirigir procedimos a monitorizar, ya desde el veinticuatro de febrero, la actividad COVID, y ello coincidiendo con los primeros datos de notificación de los casos en la Península, monitorización que hemos ido adaptando a las necesidades sobrevenidas. Así, fundamentalmente hemos llevado a cabo el seguimiento diario de las urgencias, la tasa de ocupación de los hospitales, los hospitalizados por COVID en planta y la ocupación en la uci, el número de pacientes en aislamiento, la monitorización exhaustiva y diaria de la actividad continuada y de emergencias como análisis comparativos.

Por cierto, y como dato curioso, si comparamos el número de urgencias atendidas en los mismos meses de los años dos mil diecinueve y dos mil veinte, se aprecia un notable descenso. Durante la pandemia, el número de urgencias hospitalarias ha llegado a descender hasta en más de 2.000 urgencias al día, un 72 % de su actividad habitual. Pese a ello, en los servicios de urgencias se ha trabajado arduamente en el establecimiento y en la aplicación de sus respectivos planes de contingencia, en el cumplimiento de las medidas de bioseguridad. Se han establecido dos circuitos en todos los servicios de urgencias, además de zonas de pretriaje.

En cuanto a la evolución de los pacientes hospitalizados, se observa que el dieciocho de marzo había 280 pacientes COVID ingresados, y el pico máximo, el dos de abril, hubieron 2.358 pacientes ingresados. A fecha de cuatro de junio, hay 158 pacientes COVID ingresados, de los cuales 117 se encuentran en planta y 41 en las unidades de cuidados intensivos. La tasa de ocupación de los hospitales se ha mantenido por debajo del 80 % durante toda la pandemia, aunque es cierto que en días concretos algunos hospitales tuvieron una elevada ocupación, como, por ejemplo, Segovia, que



rebasó su capacidad hospitalaria durante tres días, entre el treinta de marzo y el uno de abril. Ese día uno de abril la tasa de ocupación fue del 102,2 %.

En cuanto a las unidades de cuidados críticos, he de decir que la capacidad estructural de las mismas se vio sobrepasada desde el día veintitrés de marzo, llegando a alcanzar el 240 % el treinta y uno de ese mismo mes, con 398 camas ocupadas, de las cuales el 89 % eran de pacientes COVID. La capacidad máxima antes de la pandemia era de 166 camas, y el pico se produjo el uno de abril, con 353 camas ocupadas por pacientes COVID. Fue necesario, por tanto, habilitar en todos los hospitales camas para pacientes críticos, utilizando, además de las de la uci, las camas de la reanimación posanestésica y también algunos quirófanos. En definitiva, pasamos de tener 166 camas de uci a poder disponer de 535 puestos para pacientes críticos. A fecha cuatro de junio, el número de camas ocupadas por pacientes COVID en las uci es de 41, y estas se encuentran al 85 % de su capacidad basal. El total acumulado de pacientes hospitalizados en las unidades de pacientes críticos ha sido de 563.

Tras este breve resumen de la situación y ante esta realidad, señorías, es necesario destacar que nuestro sistema sanitario supo adaptarse y reorganizarse de forma ágil para dar respuesta a las necesidades de la población, tratando siempre de garantizar la seguridad de los pacientes y la de los profesionales.

Comenzaremos hablando de las actuaciones llevadas a cabo por la Gerencia de Emergencias. El treinta de enero de dos mil veinte la Gerencia de Emergencias elaboró y difundió entre sus profesionales y empresas de transporte el documento *Procedimiento de actuación en emergencias sanitarias para el manejo de la enfermedad por el nuevo coronavirus*. Ese mismo día, Emergencias ya coordinó las actuaciones para realizar una toma de muestras para test de detección molecular PCR a domicilio en Aranda de Duero, ante la sospecha de un posible caso. Días más tarde, el diez de febrero de dos mil veinte, se activa por primera vez el operativo diseñado ante la sospecha de infección por SARS-CoV-2 en Valladolid. Desde entonces, se ha mantenido una relación continua con los profesionales y los coordinadores, dirigida a informar y explicar las actualizaciones del procedimiento, el... el operativo y el plan de contingencia que era necesario implantar, y también la formación en equipos de protección individual (EPI), etcétera. Se llevaron a cabo actuaciones específicas en el centro coordinador a efectos de la gestión de las llamadas, y así aumentar la capacidad de respuesta. Y, como ya había anunciado la propia consejera en una de sus numerosas ruedas de prensa, se habilitó la línea de teléfono 900 el nueve de febrero, un servicio público disponible las veinticuatro horas del día, los siete días de la semana, que ofrecía información y asistencia a los ciudadanos sobre el nuevo coronavirus.

Como dato, puedo decirles que la línea 900 del Centro Coordinador de Urgencias atendió, en el período comprendido entre el nueve de febrero y el nueve de mayo, 55.554 llamadas relacionadas con COVID. Con todo esto... con todo esto, y para poder dar respuesta a estos cometidos, como comprenderán, señorías, ha sido necesario realizar un importante refuerzo tecnológico y de recursos humanos. Se ampliaron las líneas de acceso telefónico; inicialmente, en febrero se ampliaron treinta canales sobre los ya sesenta existentes. Se ampliaron los puestos de regulación sanitaria; sobre los diecisiete puestos existentes, se ampliaron en ocho puestos más. Y se amplió el número de profesionales en el centro coordinador, con



el aumento de gestores sanitarios –doce profesionales más–, el refuerzo de siete médicos y dos enfermeros, la contratación de dieciséis enfermeros para el Centro Coordinador de Urgencias COVID y la incorporación de un epidemiólogo.

Ante el número de llamadas, se dividió el Centro Coordinador de Urgencias en dos. La evolución de la pandemia y la necesidad de dar respuesta a este número de llamadas que se recibían a través de la línea 900 hizo necesario crear un centro coordinador diferenciado para la atención a la patología COVID. Por ese motivo, la Gerencia de Emergencias Sanitarias el once de marzo dividió el Centro Coordinador de Urgencias Sacyl en dos centros coordinadores. El catorce de marzo se contrató una nueva plataforma tecnológica que pudiera absorber las llamadas que se recibían en la línea 900, y también a los operadores telefónicos encargados de dar esta primera respuesta al ciudadano. El veintitrés de ese mismo mes el Centro Coordinador de Urgencias COVID –es decir, el específico COVID– se separó físicamente del Centro Coordinador de Urgencias Sacyl.

El análisis de las llamadas atendidas en la línea 900 en el período transcurrido desde el inicio del estado de alarma hasta la actualidad revela los siguientes datos. El 35 % han estado relacionadas con la presencia de síntomas o porque el ciudadano se consideraba contacto de un caso confirmado o probable, y, por tanto, requirieron la intervención de personal sanitario. El resto, el 65 %, fueron llamadas informativas relacionadas con trámites administrativos, solicitud de toma de muestras, incapacidad temporal... que han sido resueltas solo con la intervención de un operador. Entre el nueve de febrero y hasta el nueve de mayo se atendieron 87.734 llamadas de demanda asistencial en el Centro Coordinador de Urgencias principal, es decir, el que recibe las llamadas del 112, y también las llamadas que, tras ser valorados por el Centro Coordinador de Urgencias COVID, requerían la activación de algún recurso.

Al mismo tiempo, fue necesario reforzar y reorganizar los recursos móviles destinados a prestar por los profesionales de Emergencias la atención *in situ* a los pacientes y el traslado de los mismos hasta el dispositivo de atención más adecuado. Para todo ello fue necesario modificar el operativo habitual, estableciendo circuitos de traslado diferenciados pacientes... para pacientes COVID y para pacientes no COVID, lo que ha supuesto que se pusieran en marcha las unidades de soporte vital básico COVID, veintisiete en total; se contrataron diez ambulancias convencionales para la recogida y traslado de muestras de detección molecular, las conocidas PCR; se incorporaron dos ambulancias tipo ACU –ambulancia convencional de urgencia– y se amplió a veinticuatro horas la operatividad de once unidades de soporte vital básico que estaban funcionando ocho o doce horas. Se desplazaron también transitoriamente seis unidades de soporte vital básico desde su ubicación habitual. Y por último, se adaptaron los tres helicópteros sanitarios para el traslado de pacientes con patología COVID.

Pasamos a la Atención Primaria. En cuanto a la Atención Primaria, señalar que, desde el día trece de marzo y hasta el trece de mayo, se organizó en las Gerencias de Atención Primaria y Gerencias de Asistencia Sanitaria un equipo de profesionales, conocido como equipo COVID-AP, activo las veinticuatro horas, los siete días de la semana, y cuyas principales funciones han sido: recibir y gestionar las llamadas que la población hiciera a cualquier centro de salud por un asunto relacionado con la COVID-19; recibir las llamadas de pacientes que habían llamado previamente al teléfono 900 y que habían sido clasificados como con sintomatología leve; recibir





las llamadas del Centro Coordinador de Urgencias con sintomatología moderada, procediendo en estos casos a la valoración por el profesional del equipo de Atención Primaria a la mayor brevedad; recibir las llamadas del Centro Coordinador de Urgencias sobre pacientes valorados presencialmente y que no precisaban ingreso, para que fueran seguidos telefónicamente por el equipo de Atención Primaria; también la activación de la enfermera para la toma de muestras y la ambulancia para ese traslado; en los aislamientos, realizar el seguimiento y el apoyo al resto de la unidad familiar para evitar contagios.

En cuanto a la organización de la atención ordinaria en Atención Primaria, quedó suspendida la consulta a demanda y programada, y se llamó telefónicamente a todos los pacientes que tenían una cita registrada. Respecto a la atención prestada en los centros de salud, destacar las siguientes actuaciones: la atención presencial en consultas específicas a los pacientes que acuden con síntomas de infección respiratoria; la atención a los pacientes con problemas no demorables, tanto a los que acuden con carácter urgente como a los considerados por el profesional tras la valoración telefónica; la atención telefónica, con especial atención a los pacientes con síntomas respiratorios y/o con contacto estrecho con casos confirmados; se garantizó este seguimiento en los días... en los días también no laborables.

Respecto a atención domiciliaria, se ha considerado fundamental el incrementar el seguimiento telefónico proactivo para la detección de signos y síntomas de alarma en pacientes crónicos y personas frágiles, acudiendo al domicilio cuando la situación lo requería. En cuanto a los pacientes con síntomas respiratorios, los médicos de familia han acudido a los domicilios a valorar a los pacientes con síntomas respiratorios moderados, y siempre antes de indicar una derivación hospitalaria. A tal efecto, reconocer que se han puesto a disposición de los profesionales medios de desplazamiento facilitados por otras Administraciones, a las que desde aquí aprovecho para agradecer su inestimable colaboración.

Igualmente, se ha diseñado y puesto en marcha un Plan de Contingencia para la Atención Continuada y Urgente en Atención Primaria, con el fin de garantizar la demanda asistencial las veinticuatro horas del día, diferenciando las consultas de atención domiciliaria, telefónica y presencial; protocolizando las actuaciones ante casos sospechosos, con la adecuación de una sala para personas con sintomatología respiratoria -en su defecto, un... un módulo habilitado a tal efecto y zona de espera-; también un triaje en la puerta de los PAC, para garantizar la diferenciación del circuito de atención en el caso de pacientes con sintomatología respiratoria.

Muchos protocolos y algoritmos se han elaborado y revisado para facilitar y actualizar el proceder de los profesionales de Atención Primaria. Así, son de destacar, entre otros: el protocolo de manejo clínico y farmacológico en Atención Primaria de pacientes con infección o sospecha de infección por coronavirus; el protocolo de seguimiento en Atención Primaria tras el alta hospitalaria de pacientes adultos con COVID-19; el protocolo de atención a pacientes institucionalizados y vulnerables en domicilio en estado de pandemia y ayuda a la toma de decisiones; el algoritmo de decisión en el caso de pacientes en situación de fragilidad y con necesidades paliativas; por último, también destacar el protocolo de actuación ante situaciones específicas de gravedad, últimos días y fallecimiento en la crisis COVID-19.

Sobre la atención a la población en residencias de carácter social, podemos señalar que desde principios del mes de marzo se intensificó el trabajo coordinado con



la Consejería de Familia y la Gerencia Regional de Servicios Sociales para la atención de esta población, derivando, entre otras, las siguientes actuaciones y medidas:

Inicialmente, se establecieron unas recomendaciones generales en relación a la pandemia por coronavirus; en ellas se intentó reducir el contagio suprimiendo las visitas, y se aconsejó el aislamiento a los residentes con sintomatología respiratoria; también se incluían las medidas esenciales de protección a los trabajadores.

En este mismo sentido, y en consonancia con la Orden 265/2020, de diecinueve de marzo, del Ministerio de Sanidad, se difundió una guía de pautas de actuación ante la pandemia COVID-19 para residencias de mayores y centros sociosanitarios. Lo más relevante, la obligación que marca a los centros de disponer de planes de contingencia adaptados a las características de cada centro y dirigidos a la prevención y a la respuesta ante la eventual aparición de casos y brotes de COVID. Si se detectara algún caso, se deberá designar el centro... en el centro un área diferenciada para residentes con infección y otra para residentes sin infección. Se recogen medidas generales dirigidas a la protección de la salud de los residentes y de los trabajadores; se recogen detalladamente las medidas de desinfección, de limpieza y de gestión de residuos; incluye, además, medidas de humanización y las recomendaciones sobre los casos de fallecimientos en residencias.

Se elaboraron varios documentos firmados por el gerente regional de Salud y Servicios Sociales para contener el impacto de la crisis en las residencias de carácter social, así como para la reubicación temporal de personas dependientes tras el ingreso en el hospital. En el primero de... de ellos, de veinte de marzo, de medidas generales para contener el impacto, se incluyen las relativas al aislamiento de pacientes infectados, la necesidad de prueba negativa PCR para los enfermos infectados con COVID que regresaron a la residencia tras su ingreso en el hospital y el uso de material de protección por los profesionales de las mismas. Además, recoge la organización de la asistencia sanitaria y la creación de equipos asistenciales multidisciplinarios, y de los profesionales de referencia, tanto por parte de la Gerencia Regional de Servicios Sociales como de la Gerencia Regional de Salud, para el seguimiento a diario de la situación en cada una de las residencias del área de salud.

En documentos posteriores, del seis y dieciséis de abril, se diseñó un procedimiento para la reubicación temporal de las personas dependientes que ingresaban en el hospital por infección COVID-19 y otras inspecciones de prioridad social, así como el procedimiento para la atención temporal de personas dependientes en domicilio en situación de prioridad social.

Entre las medidas para la atención de las residencias y centros sociosanitarios, quiero destacar las siguientes: se han designado en cada área de salud a dos personas responsables para el seguimiento de la atención a las residencias de personas mayores y centros de discapacidad; son las encargadas de adoptar las medidas necesarias en cada momento y de garantizar la atención sanitaria y la prestación de cuidados personales, el suministro de farmacia y el suministro de material de protección; un responsable designado por el gerente de Atención Primaria o gerente de Asistencia Sanitaria, y otro por el gerente territorial de los Servicios Sociales; cada residencia y centro sociosanitario designó, y ha designado, un profesional interlocutor de la atención sociosanitaria, tanto en la referencia a la solicitud de servicios sanitarios como de material, y que es el encargado de mantener al día la información relativa a su centro. En cada equipo de Atención Primaria hay al menos dos





profesionales, médico y enfermero, además de trabajador social, responsables del seguimiento de la situación en la residencia de su zona básica de salud. En todas las áreas de salud se constituyó... está constituido un equipo multidisciplinar, el conocido COVID-Residencias, al que se le dotó de un teléfono para prestar apoyo a los equipos de Atención Primaria y a los profesionales sanitarios de las residencias de personas mayores y de personas con discapacidad. También, si fuera necesario, para la atención sanitaria directa en las residencias cuando fuera preciso.

La intervención desde Sacyl ha tratado en todo momento de garantizar la atención, el asesoramiento y el seguimiento de todas ellas, con una periodicidad adecuada a las circunstancias individuales. La atención presencial, igualmente, ha sido heterogénea, adaptándose a la situación en... en cada momento, prestando atención diaria en las residencias en situación crítica, así como apoyos puntuales para aquellas que precisaran soporte temporal. En la atención, se han tenido en cuenta las guías emitidas por las sociedades científicas, así como los dictámenes de la Comisión de Bioética de Castilla y León.

Por otra parte, el veinte de marzo se dictaron instrucciones sobre terapia respiratoria domiciliaria en respuesta a la infección COVID, instrucciones necesarias para facilitar la prescripción de oxigenoterapia en centros residenciales y en centros sociosanitarios, y garantizar el suministro de los tratamientos que estuvieran activos. Se ha trabajado de forma intensa para disponer de los equipos en óptimas condiciones en las residencias.

Aunque se hablará más tarde de relación a relación de los test diagnósticos, quiero señalar el carácter prioritario con el que se ha tratado a esta población, así como a los profesionales que prestan servicios en las mismas. Hemos sido una Comunidad pionera en el cribado de las residencias de ancianos. A veintiocho de mayo, estaban ya testadas el 99 % de las residencias, el 99 % de los residentes y el 95 % de los trabajadores de las residencias. E informar también que desde el principio del mes de mayo se han iniciado las actuaciones necesarias para la realización de los test también a los auxiliares de ayuda a domicilio y de los profesionales que realizan las valoraciones de solicitud de la dependencia.

Además de lo ya señalado, se adoptaron una serie de medidas encaminadas a facilitar a esta población, a la población de las residencias, la accesibilidad a la prestación farmacéutica. Así, en aquellos productos farmacéuticos no dispensables a través de oficina de farmacia, las residencias que lo precisaron para sus pacientes pudieron solicitar esa medicación a los servicios de farmacia de Atención Primaria o al servicio de farmacia hospitalaria de su área de salud.

Quiero destacar también otras medidas relativas a la prestación farmacéutica para la población general. Así, se amplió el período de ventana y las condiciones para la dispensación, de modo que los usuarios pudieran acudir un menor número de veces a la oficina de farmacia a recoger la medicación o esta se realizara en un solo acto. Los pacientes han podido llevarse medicación para dos meses, en general, y retirar la medicación de todas las prescripciones activas cuando acudían a la farmacia. Los usuarios en régimen de mutualismo por asistencia sanitaria o con cargo a Sacyl así como los incluidos en el convenio rural, y para evitar su permanencia en el centro de salud, se les ha prescrito receta oficial del Sistema Nacional de Salud, Sacyl. Se ha procedido a la renovación automática de la prescripción en la receta electrónica, ampliándose dos meses más las prescripciones crónicas que iban



a caducar en RECYL. Se han incluido en el sistema de receta electrónica todos los medicamentos para los que es necesario el visado de inspección, para los pacientes que estaban incorporados a RECYL. Los pacientes a los que se prescribía en receta papel mantienen esta modalidad de prescripción. También la entrega en domicilio a los pacientes externos de los medicamentos objeto de dispensación en la oficina hospitalaria, oficina de farmacia hospitalaria; se ha realizado con el apoyo de Protección Civil, Cruz Roja y Delegación del Gobierno.

Por otro lado, y en cuanto a medidas en el transporte sanitario, el dieciocho y diecinueve de marzo se emitieron instrucciones sobre movilización de recursos de transporte sanitario en respuesta a la infección. Se establecieron una serie de medidas para la organización del transporte sanitario terrestre, tanto urgente como no urgente, con el objetivo de optimizarlo y agilizarlo de cara a las necesidades provocadas o las que se podían presumir en una pandemia. Las instrucciones se acompañaban de una serie de directrices para el traslado de pacientes cuya asistencia sanitaria no podía suspenderse, como era el caso de los pacientes en tratamiento oncológico con radioterapia o los pacientes en tratamiento en hemodiálisis.

Además, se trabajó en la reestructuración del servicio de transporte sanitario no urgente. Una vez analizadas las necesidades, se liberaron recursos asistenciales para poder ser utilizados en servicios relacionados con la COVID: traslado de pacientes, de personal sanitario para la obtención de muestras, tanto para el circuito con o sin coronavirus.

En cuanto a las actuaciones en el ámbito hospitalario, me gustaría comentar que ya desde mediados del mes de febrero los técnicos de la Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria venían trabajando en un Plan de Respuesta Asistencial, en... en donde se reconocían distintos niveles de activación en función de la extensión del riesgo, de la gravedad de la emergencia, de la afectación del personal sanitario y de los recursos a movilizar; es decir, de la sobrecarga asistencial y de la capacidad de respuesta. Plan de respuesta en coordinación con las medidas y los documentos del Ministerio de Sanidad. Medidas que se fueron adoptando según el nivel de activación: inicialmente, la fase de contención; después, de contención reforzada; de mitigación; y, por último, en la fase de transmisión comunitaria generalizada.

Desde la Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria se elaboró un Plan de Contingencia Hospitalaria, y todos los hospitales lo adaptaron y elaboraron el suyo propio, incluyendo las actuaciones a seguir en cada uno de los servicios (urgencias, medicina intensiva, reanimación, hospitalización, pediatría). La rápida y exponencial extensión de la pandemia llevó a nuestra Comunidad a declarar el nivel III de alerta hospitalaria el sábado catorce de marzo, al declararse zona de transmisión comunitaria. Ello supuso, como ya se ha dicho, en otras... entre otras medidas, la suspensión de la mayor parte de la actividad programada, la suspensión de todos los permisos y licencias del personal, redirigiéndose a la atención de los pacientes COVID, y la ampliación de los puestos de uci a la REA, a los quirófanos o a otros recursos que permitían la atención a los pacientes críticos.

La activación del nivel III dio también lugar a otras actuaciones, en aplicación de los planes de contingencia, con la finalidad de habilitar un mayor número de camas, y ante la posibilidad, cada vez más certera y cercana, de que en algunos centros pudiera haber una situación de saturación. Se estableció un plan de externalización de pacientes en relación con la infección por coronavirus, incorporando las propuestas



de cada uno de los hospitales, para derivar, dado el caso, tanto a hospitales de apoyo (San Telmo, en Palencia; o Divino Valles, en Burgos) como a centros y establecimientos sanitarios privados, y a otro tipo de instalaciones, como fue el recinto ferial de Aranda de Duero, polideportivos, hoteles, colegios mayores, etcétera.

Destacar que, ante el crecimiento de los casos de pacientes infectados y la amenaza en la ocupación de las unidades de hospitalización, se puso en funcionamiento el hospital de convalecencia en la Feria de Muestras de Valladolid; un hospital de referencia regional con la finalidad de acoger hasta a 163 pacientes, y ampliable hasta 250. Hospital para unos pacientes con unos criterios clínicos específicos que pudieran continuar su... su recuperación bajo la supervisión de un equipo multidisciplinar, con un plan de trabajo y protocolos perfectamente definidos, y en un ambiente de bioseguridad y atención continuada. A día de hoy, el hospital Feria no está en activo, pero de la experiencia adquirida y por la necesidad ante un posible rebrote a disponer de recursos con estas características es por lo que se quiere habilitar próximamente hasta 250 camas en el Edificio Rondilla, antiguo Hospital Universitario Río Hortega.

También se ha dispuesto de los denominados “recursos intermedios”, como los dispositivos destinados a personas COVID positivas que, por diferentes circunstancias, no puedan hacer el aislamiento o permanecer en sus domicilios o residencias de personas mayores en tanto en cuanto se negativice la prueba diagnóstica. Los recursos intermedios los hemos definido como de dos tipos:

El recurso intermedio de transición Arca de Noé para las personas COVID positivo con situación clínica estable, pero que no pueden regresar o permanecer en sus domicilios o residencias en tanto no se negativice la prueba, bien sea por su situación familiar, personas mayores o personas dependientes que viven solos o con cuidadores vulnerables, o porque la infraestructura de su vivienda o residencia no garantice el aislamiento adecuado.

Por otra parte, el recurso intermedio de hospitalización medicalizado. Es el destinado a personas COVID positivas que requieren cuidados sanitarios complejos que no se pueden proporcionar en el domicilio o en la residencia. Ese tipo de recursos requiere la asistencia de personal sanitario las veinticuatro horas del día y la disponibilidad de tomas de oxígeno en la pared.

Se publicó la Orden SAN/331/2020, de veinte de marzo, de medidas para la puesta a disposición del Servicio Público de Salud de Castilla y León de los centros y establecimientos sanitarios privados en el territorio de nuestra Comunidad. En dicha orden se especifica que, para... para cada complejo asistencial, a quién le corresponden las funciones de dirección, gestión y coordinación de aquellos medios materiales y humanos de los centros y establecimientos privados que se determinan en dicha orden.

Simultáneamente, se estableció un Plan de Respuesta Asistencial, coordinado entre Sacyl y el Grupo Recoletas, el centro más potente en nuestra Comunidad de... de centros privados, para la gestión por parte de la Consejería de Sanidad de los recursos sanitarios disponibles y determinar los procedimientos y circuitos de derivación de pacientes. Se acordó que los recursos disponibles en los centros privados fueran utilizados para pacientes sin infección por coronavirus (centros limpios), y los pacientes infectados que requirieran hospitalización o ingreso en UCI lo harían en los hospitales públicos de Sacyl (centros sucios). Esta premisa ha sido la seguida



por los hospitales del Sacyl, que han tenido que establecer acuerdos con hospitales privados de la región, fueran o no del Grupo Recoletas, y para todos los pacientes, independientemente de su origen y aseguramiento.

A día de hoy, ya ha cesado la puesta a disposición del servicio público de los centros y establecimientos privados. En los hospitales de Sacyl, desde el día trece de marzo se trabajó en la diferenciación de los circuitos de acceso a los servicios de urgencia, en función de si los pacientes acudían con o sintomatología respiratoria, instalando pretriajes para una primera clasificación de pacientes en COVID y no COVID, y, de esta manera, poder prestar asistencia sanitaria en circuitos intrahospitalarios diferenciados y aislados en aquellos centros hospitalarios que no contaban con un doble acceso.

A fecha veinte de marzo, el equipo ERIC de respuesta inmediata a COVID había ya revisado todos los circuitos para evitar que se mezclaran en los hospitales lo sucio con lo limpio y preparado toda la cartelización necesaria y colocados los planos con los recorridos pertinentes. Además, se instalaron en diferentes hospitales equipamiento, tal como casetas, carpas, zonas de triaje: en Burgos, cinco casetas y tres carpas; en León, tres casetas; en Palencia, dos casetas y dos baños; en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid, cuatro casetas, una carpa gigante cubretodo, sistemas de protección, etcétera, etcétera; en el Hospital Universitario Río Hortega, seis casetas de obra, cuatro carpas, cuatro baños químicos.

A continuación, quería también destacar otras actuaciones. El catorce de marzo se acordó un plan de actuación con las empresas prestadoras del servicio de oxigenoterapia en la Comunidad Autónoma. El diecinueve de marzo se reguló la derivación de los pacientes que requerían atención preferente y no demorable, limitándola a situaciones imprescindibles, tanto dentro de la Comunidad, a los centros y servicios de referencia, como fuera de la Comunidad, a los centros de CESUR o similares.

En estas fechas, se cuantificaron también los recursos de hemodiálisis en los centros concertados y también se estableció el procedimiento para la atención y... y derivación de grandes quemados, consecuencia de la utilización como uci de la unidad de quemados en el Hospital Universitario Río Hortega. Se han propuesto a todos los centros las recomendaciones de Ascalema para la atención al parto normal y se han trasladado a los centros sanitarios las recomendaciones de diversas asociaciones de pacientes.

Sobre la evolución y medidas adoptadas en las unidades de cuidados intensivos, señalar que fue necesario habilitar en todos los hospitales camas para pacientes críticos, utilizando las camas de unidades de reanimación posquirúrgica y algunos quirófanos. Hemos pasado de tener 166 camas de uci a tener disponibles hasta... hasta 535 puestos habilitados para pacientes críticos. El pico máximo fue el uno de abril, con 353 camas ocupadas por pacientes COVID. Actualmente, y como ya he comentado, la ocupación de las ucis por pacientes COVID es de 41 pacientes, y se encuentran al 85 % de su capacidad.

Se hizo y se consideró necesario crear la figura del coordinador de unidades de críticos, que la ejerce el doctor Jesús Blanco, intensivista, personal mérito de prestigio reconocido, y que ha sido el encargado de coordinar la actividad de estas unidades y supervisar sus necesidades a diario. También fue necesario adquirir equipamiento sanitario, como 15 equipos de rayos equis portátiles, 30 mesas de anestesia, respiradores, ventiladores, 200 pulsioxímetros, 34 ecógrafos y 500 electrocardiógrafos portátiles.



Un aspecto muy importante a señalar ha sido las actuaciones para incrementar la capacidad diagnóstica de los pacientes COVID; me refiero a los estudios de diagnóstico molecular PCR y también a los test rápidos. Según las recomendaciones del ECDC (Centro Europeo de Control de Enfermedades) y de la OMS, el confinamiento, junto a la realización de una alta tasa de pruebas de laboratorio, son las dos estrategias fundamentales para frenar la pandemia por COVID-19. De hecho, la tasa de PCR por habitante es uno de los índices asociados al buen manejo de la infección. Es fundamental la realización de forma coherente y sensata, aplicada a criterios clínicos, de un gran número de pruebas de detección, para poder detectar a los pacientes y a los profesionales infectados, aislarlos y evitar el contagio, incluidos los contactos. Sobre esto, señorías, ya saben ustedes que existen varios tipos de test para la detección del virus: los PCR, que indican una infección aguda; los test de detección de anticuerpos (bueno, son más sencillos, en sangre capilar, por lo que deben ser interpretados con prudencia); los test de detección de antígenos en exudado faríngeo, que ahora no están disponibles en el mercado; y los test serológicos, basados en inmunoanálisis, que permiten la detección cualitativa, cuantitativa e *in vitro* de anticuerpos contra el SARS-CoV-2 en suero y plasma humanos.

Me detendré un momento en este tema para hacer un breve análisis. Con fecha doce de marzo, se autorizó a todas las Gerencias de Asistencia Sanitaria y Atención Hospitalaria la implementación de la técnica de detección molecular PCR de COVID-19. Con esa misma fecha, se autorizó también la implantación de guardias localizadas en todos los servicios de microbiología de los hospitales de la Comunidad, así como a contratar a personal técnico suficiente y necesario para garantizar el continuo funcionamiento de la técnica de detección.

Se han instalado dispositivos COVID-Car para la toma de muestras desde el coche en pacientes sintomáticos con capacidad de conducir en Valladolid, Medina del Campo, Bierzo, Salamanca y Burgos. Se realiza PCR en la actualidad en todos los hospitales de la Comunidad, salvo... salvo Aranda y Medina del Campo, en donde está previsto la incorporación de PCR rápida, mediante equipos GeneXpert. Además, el Ministerio de Sanidad, a través del INGESA, proporcionó, el séptimo del país, un equipo de test rápidos PCR al Hospital Universitario Río Hortega, que permite realizar hasta 1.100 pruebas al día. Con el objeto de incrementar la capacidad diagnóstica en Castilla y León, la Consejería de Sanidad firmó convenios con las Universidades de León, Salamanca, Burgos, Valladolid y el Instituto Tecnológico Agrario de Castilla y León (el ITACYL) para colaborar con Sacyl y aumentar el número de PCR que se pueden realizar. También, y respecto a los PCR, se hizo la encomienda... una encomienda al laboratorio de sanidad animal y al ITACYL para la preparación de los kits para la toma de muestras. Todo ello permite que, en la actualidad, la capacidad diagnóstica por PCR en Castilla y León sea de 6.900 PCR al día: 6.039 en los hospitales del Sacyl y 900 más en... en las universidades y centros de agricultura.

Por otro lado, se ha tratado de mantener la dotación de kits diagnósticos a todos los centros mediante compras regulares de material, y también gracias a las donaciones del INGESA, que, a día de hoy y en conjunto, han sido de 151.610 kits de PCR.

En cuanto a los test rápidos, el Gobierno de España ha proporcionado 384.200 test de anticuerpos totales y la Comunidad Autónoma ha comprado otros 325.000 test de anticuerpos IgG e IgM, de los que se han distribuido hasta el momento 228.500. En total, entre unos y otros, se han distribuido unos 510.700 test rápidos. Por cierto, los





criterios que se han seguido para la realización de estos test de infección por SARS-2 son los detallados en las guías y protocolos del Ministerio de Sanidad y de la Consejería de Sanidad.

Todos estos datos muestran que se ha tratado de proporcionar a nuestros profesionales, y en todo momento, las herramientas diagnósticas necesarias y suficientes para el abordaje de la pandemia de la mejor manera posible, proporcionando la capacidad diagnóstica suficiente tanto para los ciudadanos afectados como para los profesionales enfermos o simplemente expuestos a la infección.

Por otro lado, se han realizado algunas actuaciones innovadoras, tanto en las consultas hospitalarias como en Atención Primaria. Por ejemplo, en Atención Primaria, la consulta telefónica no presencial ha sido fundamental -con ello se ha facilitado la atención al paciente sin tener que desplazarse a los centros sanitarios y... y reservando la consulta presencial para los casos estrictamente necesarios-, ha facilitado el seguimiento proactivo del paciente en el domicilio, conservando la capacidad de respuesta en la asistencia y dando respuesta a la demanda social. Ha supuesto un aumento muy importante respecto a lo que se venía utilizando; así, entre marzo y abril han sido un total de 308.606 consultas no presenciales de médicos, pediatras y enfermeros, de las que 166.943 han sido de consultas no presenciales a demanda del paciente y 141.663 consultas no presenciales programadas desde el equipo de Atención Primaria con el ciudadano a través del teléfono.

También se implantó la radiología portátil en el medio extrahospitalario durante la fase aguda de la pandemia. Y en este caso, y hablamos de Segovia, donde se inició la realización de radiología torácica portátil en un vehículo habilitado al efecto a las personas con criterio de sospecha COVID, según los protocolos de Atención Primaria. El proyecto -por cierto, muy bien valorado tanto por pacientes como por profesionales- se inició el once de abril y terminó el veintinueve de mayo. La población diana de esta estrategia eran todos los pacientes con diagnóstico, sospecha o de confirmación COVID-19 seguidos telefónicamente en los centros de salud, y en cuyo seguimiento se detectaban síntomas de alarma o que demandaran la valoración por un médico, y que en esa valoración se detectaran signos sugerentes de neumonía. Ha sido un modelo de organización asistencial coordinado entre Atención Primaria y el servicio de radiología del hospital. Con ello se han evitado muchos desplazamientos de población vulnerable y de población con infección, y ha facilitado el acceso y la cobertura en las zonas básicas de salud más distantes de la provincia.

También se han implantado medidas de humanización en los hospitales. A mediados del mes de marzo se pusieron en marcha un grupo de medidas englobadas en el denominado Plan de Humanización de Castilla y León ante la pandemia COVID, con el objetivo de paliar la soledad y el aislamiento de los pacientes ingresados en los hospitales por las medidas restrictivas y de acompañamiento; medidas a aplicar en todos los pacientes ingresados, independientemente de su patología, y que se mantendrían hasta la normalización de la situación epidemiológica. Estas medidas de humanización están destinadas a acompañar a los pacientes críticos en los momentos más graves y garantizar que un familiar puede estar junto a él; fomentar la orientación de los pacientes, permitiendo que tengan objetos personales en la habitación; ofrecer a los pacientes servicios de televisión en abierto; fomentar el ejercicio físico pasivo, con el apoyo de los fisioterapeutas, mediante la elaboración de folletos e infografía con ejercicios y recomendaciones; organizar actividades de





entretenimiento para los pacientes aislados; animar a los pacientes en aislamiento a que expresen sus sentimientos, emociones y vivencias en forma de cartas, poesías, dibujos, con el fin de aliviar la ansiedad y la preocupación; fomentar también la entrega de mensajes que la población en general pueda realizar de forma anónima para animar y hacer más llevadero el aislamiento. Para ello, se habilitó un correo electrónico *ad hoc*.

Otra medida a destacar ha sido la implementación del Programa de Apoyo Psicológico en la pandemia por coronavirus. La situación excepcional ante la que nos encontramos ha expuesto al personal sanitario, especialmente a aquellos en primera línea de atención, a situaciones de alto impacto emocional, con gran carga de incertidumbre, situaciones nuevas, situaciones desconocidas y en contextos muchas veces desfavorables. Las familias han pasado por mucho y han sufrido dilemas éticos y morales. Por este motivo, desde los servicios de asistencia psiquiátrica y salud mental de las distintas áreas de salud de la Comunidad se puso en marcha un Programa de Apoyo Psicológico, con distintas áreas de intervención: a los profesionales, a los pacientes hospitalizados y a sus familiares, a los pacientes en situación de aislamiento y también a sus familiares.

El número total de intervenciones en este Programa de Apoyo Psicológico, desde su puesta en marcha hasta el veintiocho de mayo, ha sido de 6.332. Además, para facilitar el acceso a este programa, de los familiares y los pacientes... se ha creado una línea de teléfono 900, con atención psicológica, en horario de mañana y tarde de lunes a viernes. Esta línea comenzó su funcionamiento el veinte de abril. Aquí se realiza el primer contacto con la persona y, si precisa un seguimiento posterior, se le deriva al área de salud correspondiente. Hasta el veintiocho de mayo, el número de llamadas a la línea 900 para apoyo psicológico a pacientes y familiares con COVID-19 fue de 147, de las que 41 fueron derivadas para un seguimiento posterior. Asimismo, se ha difundido esta información en el portal de salud, con toda la información específica.

Para acabar, señorías, quiero hacer una breve alusión al Plan de Desescalada, en el que actualmente nos encontramos, aunque, como es lógico, irá evolucionando. A finales de abril empezamos a observar un paulatino descenso en la curva de los contagios y de la mortalidad, así como en la liberación de espacios en nuestros hospitales. Por ello, se comenzó a trabajar en un documento que incluye tanto las aportaciones de los diferentes hospitales como las recomendaciones de diversas sociedades científicas, fundamentalmente la Sociedad de Prevención de Riesgos Laborales, de Medicina Preventiva y Salud Pública y la Asociación Española de Cirujanos. En él se plantea la vuelta a la nueva normalidad de manera progresiva, restableciendo paulatinamente la actividad ordinaria en todos sus ámbitos -intervenciones quirúrgicas, consultas externas, pruebas diagnósticas, terapéuticas- y adaptando las actuaciones a la idiosincrasia de cada centro.

El Plan de Desescalada Hospitalaria pivota en torno a cuatro pilares fundamentales: la prevención de la infección hospitalaria, circuitos COVID y no COVID, la potenciación de consultas telemáticas, el cribado COVID a los ingresados, el disponer de equipos de protección suficientes y de intensificación de medidas de higiene y de lavado, la posibilidad de organizar y adecuar la capacidad asistencial en un momento dado a las necesidades que puedan presentarse, como aumentar las camas de hospitalización de agudos, duplicar las camas de uci, aumentar la reserva de farmacia,



presencia de recursos intermedios, incrementar el número de profesionales que sea necesario, la realización de test, aumentar los recursos de apoyo emocional y psicológico, etcétera.

En definitiva, este plan tiene en cuenta que la desaceleración del proceso estará condicionada por el número de pacientes COVID positivos. Que cualquier medida que se ponga en marcha deberá tener la posibilidad de deshacerse, si las circunstancias lo exigieran, y que han de garantizarse las máximas medidas de seguridad tanto para los profesionales como para los pacientes; y que, en la medida de lo posible, se mantendrán las consultas telefónicas, de momento, y las presenciales se irán implantando progresivamente y atendiendo exclusivamente a criterios clínicos, y siempre asegurando las medidas higiénicas, las medidas de separación y distanciamiento de contactos en la sala de espera.

El Plan de Desescalada en la Atención Primaria, al igual que el de hospitales, se rige en los principios de mantener todas las medidas de seguridad necesarias tanto para los pacientes como para los profesionales, de garantizar que en las salas de espera se guarde entre pacientes la distancia de seguridad de dos metros, y la difusión constante de mensajes informativos con instrucciones para los pacientes que acudan al centro de salud con síntomas respiratorios, y sobre medidas de higiene de manos o de uso de mascarillas, entre otros. En Atención Primaria, las consultas no presenciales se mantendrán como la actividad fundamental y se irá introduciendo la consulta presencial exclusivamente la citada por el profesional tras la valoración no presencial. Se mantendrá la consulta de infección respiratoria COVID.

Por otra parte, cuando un paciente acuda de urgencia al centro de salud sin cita previa, si se trata de clínica compatible con la enfermedad por COVID, el personal administrativo y la cartelería del centro le informarán adónde tiene que dirigirse; si no, será valorado en consulta de gestiones de la demanda por enfermería. Por cierto, desde la Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria hemos venido desarrollando un nuevo documento marco para la organización de la gestión compartida de la demanda en Atención Primaria de Castilla y León como una fase más para la correcta implementación de esta competencia avanzada de enfermería. Se ha facilitado a todas las Gerencias, así como un compendio de protocolos de algunos de los procesos más prevalentes en las demandas de Atención Primaria, además de una guía de consejos y cuidados del paciente para reforzar la educación para la salud y fomentar el autocuidado. También se van a mantener los equipos COVID-Residencias. Deberá haber un profesional responsable de la coordinación sociosanitaria en las Gerencias de Atención Primaria, así como en cada equipo. El sistema de atención tiene que estar basado fundamentalmente en los cuidados de enfermería, pero contará con el seguimiento médico cuando sea necesario, y se registrará por los protocolos de atención a los pacientes crónicos y pluripatológicos ya existentes en Sacyl.

En la fase actual de la pandemia, uno de los pilares fundamentales es la identificación y la contención rápida de las fuentes de contagio, la vigilancia epidemiológica. Para ello es necesario realizar el diagnóstico precoz mediante PCR de todos los casos sospechosos y el estudio de los contactos estrechos. En las Gerencias de Atención Primaria y Gerencias de Asistencia Sanitaria habrá un responsable de salud pública en cada equipo de atención... y en cada equipo de Atención Primaria habrá al menos un responsable de salud pública, personal médico o de enfermería, preferiblemente de plantilla, que estarán coordinados con las secciones de epidemiología



de los Servicios Territoriales en la detección precoz y el aislamiento de los casos y contactos de infección por COVID.

Señorías, voy acabando. Ha sido, ¿por qué no decirlo?, un camino difícil, arduo y duro, pero desde nuestra posición, desde la Consejería y me atrevo a decir que también desde el Gobierno autonómico, se ha tratado de luchar y trabajar sin descanso –créanme– para garantizar la mejor atención sanitaria a la población y facilitar el trabajo de los profesionales.

Pese al drama que conlleva esta pandemia, hemos observado que nuestro sistema sanitario ha demostrado ser fuerte, ágil y flexible. Hemos reorganizado el funcionamiento del sistema público de salud en Castilla y León, no sin esfuerzo, para afrontar la grave situación de crisis sanitaria que hemos estado viviendo, que vivimos, ajustando permanentemente las medidas adoptadas en la evolución de la situación e impidiendo que el sistema sanitario llegara a colapsar.

Ahora podemos decir con seguridad y rigor que estamos en disposición y preparados para enfrentarnos al siguiente reto: la desescalada. Hemos iniciado las actuaciones necesarias para hacerlo con las máximas garantías, y seguiremos vigilantes e intensificando nuestras actuaciones donde sea preciso, no les quede duda. Porque, como he dicho a lo largo de mi comparecencia en varias ocasiones, aunque se observa una tendencia hacia la estabilidad y la disminución de la presión asistencial, estamos ante algo nuevo y desconocido. Por ello, seguiremos trabajando para revisar, normalizar y retomar, en la medida de lo posible, la actividad que ha podido quedar relegada por la crisis, desarrollando planes y medidas de contingencia para afrontar esta nueva etapa, como una nueva organización del sistema que pueda afrontar posibles rebrotes en los futuros meses y continuando con el estudio de seroprevalencia poblacional, en colaboración con las Comunidades Autónomas y el Ministerio de Sanidad.

Dicho esto, no quiero concluir mi intervención sin hacer varios agradecimientos. El primero, a la población, a los castellanos y leoneses, por su colaboración, cooperación, paciencia y comprensión ante las medidas adoptadas. Y, en segundo lugar, a todos y cada uno de los profesionales que han combatido, participado y colaborado en la lucha contra la COVID-19; gracias a todos ellos por su trabajo incansable. A las direcciones técnicas y a todos los profesionales de la Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria de la Gerencia Regional de Salud. Y gracias también a todos ustedes, señorías, por su atención.

#### LA PRESIDENTA (SEÑORA MONTERO CARRASCO):

Gracias, señor Montero. No vamos a hacer un receso ahora mismo porque a las doce se ha convocado un minuto de silencio, así que continuamos con la Comisión, ¿de acuerdo? Para fijar posiciones, formular preguntas o hacer observaciones, se procede a la apertura de un turno de los portavoces de los distintos grupos parlamentarios. Y, en primer lugar, por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra, por un tiempo máximo de diez minutos, el procurador don Jesús Puente.

#### EL SEÑOR PUENTE ALCARAZ:

Gracias, señora presidenta. Mis primeras palabras, señorías, son de solidaridad con los familiares de las personas que han sufrido las consecuencias fatales



del COVID, de solidaridad con todos los profesionales que desde los distintos ámbitos de trabajo han estado y siguen batallando con esta enfermedad y sus consecuencias, y de ánimo a todos y... aquellos castellanos y leoneses para seguir peleando por superar esta pandemia y sus consecuencias que tienen para la salud y también para la economía.

Señor Montero, le agradecemos sinceramente, desde el Grupo Socialista, su presencia para explicar e informarnos sobre las actuaciones realizadas por su centro directivo, así como de las previsiones relacionadas con las pandemias por COVID-19 y sus efectos. Nos hacemos a la idea de que no ha sido fácil su labor al frente de esta Dirección General, con una abultada colección de competencias a las que tiene que atender.

Pero -es nuestra obligación- tenemos que repasar con usted cuál ha sido la situación actual en la que nos encontramos, que usted nos ha dado muchos datos ahora, y, sobre todo, queremos saber si nuestro sistema de salud está preparado para los retos que nos esperan durante lo que nos queda de COVID. Usted ha dicho que es ágil, fuerte y flexible. Vamos a... a repasar si realmente estamos de acuerdo en que esto tiene... nos genera algunas dudas, ¿verdad?

Mire, señor director, esta pandemia ha puesto de manifiesto muchas fragilidades que ya no podemos seguir ocultando. Nuestro sistema sanitario creemos que no era tan bueno como... como creíamos. Hagamos un poco de memoria. En la comparecencia del cinco de septiembre de dos mil diecinueve, en una Comisión de Sanidad como esta, en esta misma sede, la consejera de Sanidad, Verónica Casado, señaló que los principales retos que tiene que hacer la Consejería, entre otras cosas, ¿eh?, pero uno de ellos era la falta de financiación, la edad media de los sanitarios y el déficit de profesionales sustitutos. Y dijo literalmente que, aunque más de un tercio del Presupuesto es para el Sacyl, esto no llega para garantizar la calidad que queremos para los ciudadanos. Añadió que esto nos dejaba muy poco margen de actuación, y que la solución pasaba por planificar mejor la distribución de estos profesionales. Parece ahora palabras premonitorias que nos advertían de la posibilidad de debilidad del sistema, ¿no? Esto fue casi también un encargo para su persona, y, como director de Planificación y Asistencia, que tiene como competencia, precisamente, la elaboración de propuestas de ordenación territorial y funcional que afecten a las prestaciones sanitarias que tengan encomendadas el servicio público de salud, parece que recogió usted rápidamente el encargo de la consejera y lanzó la primera idea de eliminar la asistencia sanitaria en los consultorios locales.

Para nosotros esto fue, y se ha demostrado, un regalo envenenado a la consejera, que tuvo que hacer malabares para explicarnos que la reducción de inversión en el medio rural iba a mejorar la calidad asistencial; algo que, hasta el momento, no nos convence. Su propuesta tuvo como consecuencia el famoso Plan Aliste, en sus distintas versiones, con y sin presupuesto, con y sin acuerdo con los profesionales. La COVID arrinconó en los cajones de su despacho el plan de reducción de los recursos en el medio rural, y esperemos que ahí se quede por un tiempo indefinido, como ejemplo de lo que fue una mala idea. Pero luego volveremos a la salud rural.

Déjeme que amplíe la... la petición de información, aprovechando su presencia, para destacar algunas preguntas que nos podrá responder porque caen dentro de sus responsabilidades. Tiene usted una importante labor, la importante misión de promover el desarrollo de estructuras de coordinación sociosanitaria. Hemos sido testigos



de la dureza con la que el COVID ha golpeado a nuestros mayores, y sobre todo nuestros mayores que viven en residencias. La consejera de... de Familia e Igualdad de Oportunidades, cuando se le pregunta sobre la situación, ¿qué ha pasado?, nos dice que les preguntemos a ustedes, a salud. Por eso, aprovechando su presencia, le pregunto: ¿qué medidas de coordinación ha creado? Usted nos ha hablado del COVID-Residencias. Si esto ha supuesto un fortalecimiento de esas estructuras de coordinación, si han... tienen en mente aumentar esta estructura de coordinación, si cree usted y valora que han funcionado realmente, a pesar de la alta cantidad de fallecidos que hemos tenido, y cómo piensan abordar en el futuro la coordinación entre ambas Consejerías, ¿no?

Porque todos los grupos nos hemos pronunciado en las últimas semanas acerca de la necesidad de que el modelo de atención a nuestros mayores y dependientes tiene que repensarse; incluso algunos grupos pensamos que el modelo no puede seguir así, que ha quebrado. El COVID nos ha obligado a esforzarnos mucho más por velar la seguridad para nuestros mayores; por lo tanto, es importante que nos diga usted si estas estructuras de coordinación se van a traducir en algo permanente. Preguntas también que nos gustaría que nos dijera en este sentido: si se van a medicalizar nuestras residencias, si se van a endurecer las condiciones para abrir y mantener una residencia asistida o no. Esto creo que es para nosotros muy importante.

Otra competencia que tiene usted es la organización de actividad asistencial y la fijación de criterios para los procesos asistenciales en Atención Primaria, Hospitalaria, Continuada, de Urgencias y de Emergencias Sanitarias; ya nos ha dicho usted bastantes datos, que nos han parecido muy interesantes. Y nos consta que se está produciendo un *impasse* en la asistencia sanitaria en todos los niveles. Los hospitales están recuperando las unidades clínicas, previamente transformadas en unidades COVID, y esto lleva tiempo, lleva esfuerzo y, pues lógicamente, no se puede hacer de la noche a la... a la mañana. Entendemos que, durante la recuperación, pues es normal que se produzca una ralentización de la actividad asistencial, pero estamos convencidos de que sabe que esto es la calma antes de la tormenta, y que la creciente lista de espera, tarde o temprano, se va a desatar y va a mostrar su dureza; y no sabemos todavía las dimensiones de esa dureza, porque no se han publicado, por ejemplo, los últimos datos de la lista de espera correspondiente al primer trimestre de este... de este año, ¿no? Esto va a poner, va a sacudir otra vez a nuestro debilitado sistema sanitario, que se tiene que recuperar todavía de este primer impacto tan brutal que ha sido el COVID.

Para nosotros, para nuestro grupo, la cautela es un elemento muy apreciado. De hecho, hemos manifestado nuestra... nuestro acompañamiento a las decisiones que ha tomado la Consejería de Sanidad en todo momento. Pero vemos algunos signos preocupantes en esta... en esta cautela; uno de ellos es que ya han aprobado -por cierto, sin negociarlo con la Mesa de Personal- las 35 horas para el personal sanitario, tan demandadas, pero se han aprobado solamente desde el uno de junio al treinta de septiembre de este año. Esto quiere decir que durante este período la actividad sanitaria va a disminuir; ¿o hay otra explicación? Y si va a disminuir, ¿quiere decir que no hay planes de contingencia ni para el verano, ni para las listas de espera que acabamos de mencionar ni para atender a un posible rebote... rebrote, o, están rastreando, realmente tiene datos para que nos diga que el rebrote ya se va a producir en octubre y por eso se va a limitar la actividad hasta esa fecha? Sería interesante que nos lo aclarara, ¿no?





El otro signo de preocupación que nos hace pensar que la actividad asistencial va a disminuir en lugar de aumentar es la política de contratación para los próximos meses. Estamos viendo que muchos contratos de refuerzo generados con motivo del COVID han finalizado el pasado mes de mayo. ¿Podría decirnos cuál ha sido el alcance de las contrataciones puestas al servicio del COVID?, ¿cuántas se han producido? Y, si tiene el dato, ¿cómo se ha distribuido por categorías? ¿Y cuál es el futuro de estos contratos? ¿Se van a dejar extinguir definitivamente?, ¿se van a transformar?, ¿se van a prolongar? Además, en una RPT que sabe usted que en muchos centros supera el 40 % de personal *pool* y contratos inestables, ¿no?

Pero volvamos a la Atención Primaria, y, realmente, a mí me sigue pareciendo el... el talón de Aquiles de nuestro sistema sanitario, tal y como se ha mostrado en los... en estos meses, ¿verdad? Sabe usted que nuestra ley de... de Atención Primaria otorga a la Atención Primaria un montón de competencias: desde la promoción de la salud, la educación sanitaria, la rehabilitación, la atención individual resolutive de primer nivel. Y esto se lo recordaba yo mismo a la consejera, en pregunta oral, antes de la pandemia, y se lo preguntaba ante situaciones de suspensión de consultas en las zonas básicas de salud, por ejemplo, en este caso fue de la... del centro de la zona básica de salud de Villarcayo, en la comarca de las Merindades; pero que veíamos en ese momento, sin pandemia y sin imaginarnos que tendríamos pandemia, lo que pasaba en esa comarca pasaba en muchas partes de la Comunidad Autónoma: se estaba... estaba muy débil el servicio de Atención Primaria.

Es pregunta parecía también premonitoria. Durante la pandemia se ha puesto de manifiesto que nuestro sistema de Atención Primaria era muy débil ya, y ahora se ha paralizado; esa es la sensación que tenemos. No solo en sus funciones -que antes mencionaba-, sino parece que la asistencia clínica no... no planificada y de urgencia ha colapsado, así de dramáticamente simple; no nos ha servido ni para contabilizar epidemiológicamente la catástrofe del COVID.

El concepto de ambulatorio ha vuelto, ¿eh? Lejos estamos ya de las visiones de alta... de alta destino para la Atención Primaria de Alma-Ata, ¿verdad? Y esto creemos que puede ser una pérdida lamentable de nuestro patrimonio sanitario, ¿no? Y no es retórica. Sabe usted mejor que yo que, si la Atención Primaria cae, la Atención Especializada va detrás. Díganos, por favor, aquí y ahora, si van a recuperar las consultas en los consultorios. Tranquilícenos y comprométase a que la asistencia en los centros de salud está garantizada y se va a recuperar y fortalecer en breve. ¿Qué plazos se ha marcado para que la Atención Primaria vuelva a funcionar? ¿Cuándo vamos a poder contar con el pleno rendimiento de este recurso tan valioso? Porque, mire, la asistencia telefónica a la demanda no es una alternativa; puede ser un potente complemento, pero nunca un sustitutivo, al menos así lo consideramos nosotros; no sé cómo lo contempla usted. Díganos también si las plantillas se van a completar y en qué plazos, en la Atención Primaria fundamentalmente. La consejera nos presentó en esta sede una de las estrategias prioritarias para asegurar médicos suficientes especialistas en medicina de familia, que los próximos residentes pasen por equipos de Atención Primaria rurales. ¿Va a ser esto posible? ¿Se va a poder incorporar estos... estos profesionales? ¿Cómo quedan los mir, y los EIR que vieron suspendidas sus prácticas? ¿Cuándo se van a poder incorporar los nuevos?

Mire, los consultorios locales son el entramado capilar del Sacyl, son un recurso que, desde nuestro grupo, siempre hemos definido como esencial para la dotación





básica de salud para nuestro medio rural. ¿Qué planes tiene el Gobierno de Castilla y León para ellos o, mejor dicho, qué planes tiene usted para ellos?

Como ve, nuestro interés es que nos traslade usted esos planes que tiene en... en cartera. Y, bueno, no quiero agobiarle con más preguntas, por el momento, y escucharé con mucho interés las respuestas a las que le he planteado ya en esta intervención. Muchas gracias.

#### LA PRESIDENTA (SEÑORA MONTERO CARRASCO):

Gracias, señoría. Ahora, para fijar posiciones, formular preguntas o hacer observaciones, tiene la palabra, también por un tiempo máximo de diez minutos, por el Grupo Parlamentario Mixto, el procurador don Pedro Pascual.

#### EL SEÑOR PASCUAL MUÑOZ:

Muchas gracias, señora presidenta. Buenos días, señorías. En primer lugar, quería agradecer la presencia en esta Cámara del doctor Montero y toda la información que nos ha facilitado, y así como reconocer el gran trabajo realizado y que ha estado realizando, y que seguirá realizando, espero, todo su equipo.

Y, como no puede ser de otra forma -y creo que entraremos en fase 2-, tengo que reconocer y recordar a los fallecidos; y, como siempre, llevo ya en los últimos días dando cifras, porque, de verdad, señor Montero, señorías, estamos los sanitarios agotados. Si hay otro rebrote, no creo que podamos aguantarlo. Lo digo en serio. Estamos muy cansados. Entre el veintitrés de marzo y el doce de abril han muerto más de 18.000 personas en este país por semana, cuando en España nunca se... se había superado, en 80 años, las 12.000 muertes por semana -lo digo todos los días-. Eso ha supuesto un exceso de muertes en el mes de abril de más de 42.000 sobre la media de los últimos 80 años, como digo. Sepan ustedes que la gripe, el número de fallecidos anualmente en España por la gripe son 6.500. O sea, es una barbaridad, una bestialidad. Y, se lo digo sinceramente, si entramos en fase 2 según se entró en la fase 1, por mucho que dicen que sí, que bien, yo estoy en la calle y no veo que la gente se lo tome mucho en serio. El otro día estuve de guardia y fui a tres botellones, en Ávila estoy hablando. O sea, o hacemos algo y todos lo decimos, o, si no... o este virus es... se está muriendo por sí solo, o, si realmente no se muere, vamos a pasarlas muy .....

Voy a centrar fundamentalmente mi intervención en el personal sanitario, tanto médico, personal de enfermería, TCAE, celadores, y en algo que creo que siempre ha sido clave en nuestro sistema de salud y que durante esta pandemia ha sido todavía más importante si cabe: la Atención Primaria. Mención al gran trabajo, por supuesto, que han realizado los hospitales, pero... que son los que tienen más visibilidad, pero no hay que olvidar la Atención Primaria. Ya digo que los hospitales han trabajado perfectamente, pero es lo que más visibilidad tiene.

Si nuestro sistema sanitario no se ha colapsado ha sido gracias al trabajo de nuestro magnífico personal sanitario, que ha realizado grandes esfuerzos en unas condiciones realmente duras. A veces, la falta de material, otras el material defectuoso, han sido una de las situaciones que se han sumado a la incertidumbre de enfrentarnos a una situación totalmente nueva e imprevisible, y que estos meses nos ha hecho a llevar... nos ha llevado a trabajar -perdón- de forma totalmente diferente,



y les digo que con miedo. Ahora, más que el fonendoscopio son las mascarillas, las gafas, las pantallas, los buzos... esa es mi... mi herramienta de trabajo y nuestra herramienta de trabajo. Lo necesitamos para trabajar con seguridad y no con miedo.

Estos profesionales con mayúsculas han trabajado jornadas maratonianas en esas condiciones que les he descrito, y creo que se merecen una atención por parte de las Administraciones; merecen que les escuchemos. Un 50 % de nuestros sanitarios se encuentra en una situación de inestabilidad. Ese dato, que es aproximado, es de antes de la crisis. No tengo el dato exacto ahora, pero si usted... si usted lo tiene, me gustaría que lo compartiese con todos nosotros. Estoy seguro que ha aumentado.

Justo el miércoles comparecía en este Parlamento el delegado territorial de la Junta de mi provincia, de Ávila, y le comentaba una noticia que aparecía publicada en los medios de comunicación abulenses, una noticia positiva para muchos. Resulta que contrataba a unos 300 sanitarios, entre médicos, personal de enfermería, celadores, para el Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Para ser más exactos, el titular decía que se procedía a la contratación de estos 300 sanitarios para hacer frente a la pandemia, y a continuación explicaba que esas contrataciones estarían vigentes hasta el treinta de septiembre. Cuatro meses de trabajo. Esta es la última noticia que he leído sobre este asunto, pero durante estos meses ha habido unas cuantas: contratos temporales para sanitarios, que, como les digo, han trabajado directamente con el miedo, en condiciones muy muy mejorables y durante jornadas interminables. Y esto creo, señorías, creo, doctor Montero, que no lo podemos permitir. Tenemos que acabar con esa temporalidad, tenemos que mejorar la situación laboral de nuestras plantillas, dotarlas de estabilidad. Siempre hemos dicho que los médicos, igual que otras muchas profesiones, son esenciales; con el coronavirus se ha puesto de manifiesto. Y, en cambio, ¿qué les damos? ¿Contratos de cuatro o cinco meses? No, señorías, esto no puede seguir así.

Precisamente, esta semana se conocía que los sanitarios que han estado combatiendo el virus van a ser galardonados con el Premio Príncipe de Asturias de la Concordia. Para los sanitarios lo importante... para los sanitarios lo importante no son los premios, aunque es de agradecer que te reconozcan tu trabajo, pero yo no quiero ser héroe ni queremos ser héroes. Los sanitarios tenemos... queremos que todos esos reconocimientos se traduzcan en mejoras de las condiciones laborales, algo que ahora, en muchas situaciones, brilla por su ausencia.

Está claro que la sanidad es una pieza clave y que tiene que ser una prioridad. Y quiero recordar que el virus no se ha ido, que sigue entre nosotros, que no hemos salido del coronavirus; como siempre digo, estamos saliendo con el coronavirus. Que ahora mismo, y a pesar de todas esas contrataciones, que aplaudimos y vemos como algo positivo, son muchos los sanitarios que están contagiados, más de 50.000. Si ahora mismo hay un rebrote -como les decía antes-, nuestro sistema sanitario no va a estar preparado. Creo que es obligación de las Administraciones públicas fortalecer los recursos humanos de nuestros centros sanitarios, y eso también se hace mejorando la situación de inestabilidad de ese 50 % de sanitarios que les comentaba antes, y dotándolos de material suficiente y adecuado de protección.

Quiero preguntarle también, señor Montero, qué va a pasar este verano con los consultorios rurales. Creo que este asunto tiene que tenerse en cuenta, y en muchas provincias, como por ejemplo la mía, por su cercanía de Madrid, se va a multiplicar por mucho su población durante estos meses de verano. Algo positivo, seguramente,



será que la gente apueste por el turismo rural, y eso va a provocar que los pueblos se llenen de gente; pero ¿qué pasará si realmente viene el rebrote? El tema de la atención... y aunque no venga el rebrote. El tema de la Atención Primaria en las zonas rurales siempre ha dado mucho que hablar, pero ahora todavía más. Tenemos que tener en cuenta esta llegada de mucha población desde otras Comunidades y la edad avanzada de la gente que está en nuestros pueblos. Y es que no solo es importante saber si estos consultorios van a abrir sus puertas o no, sería también muy apropiado reforzar el personal sanitario potenciando la Atención Primaria, porque la Atención Primaria, como todos sabemos, es la base de nuestro sistema sanitario, es la puerta de entrada al sistema de salud y la primera barrera de detención de enfermedades, pero creo que ha estado como en un segundo plano, y esto no debería ser así.

Durante el coronavirus, nuestro personal de Atención Primaria ha realizado un trabajo impecable. Muchos de los pacientes de COVID han pasado la enfermedad en sus casas, con un control por parte de estos grandes profesionales. Ellos y ellas por su puesto que han estado en primera línea. El reconocimiento a esos esfuerzos no se hace, como digo, con premios, se hace escuchando sus necesidades y prestando atención a la asistencia sanitaria, que, insisto, tiene que ser una prioridad.

Y no puedo pasar por alto el gran trabajo que han hecho y están haciendo los profesionales del transporte sanitario, los técnicos de transporte sanitario, que también han estado en primera línea. Y a pesar de no ser personal de Sacyl, porque es una empresa adjudicataria, se han... han estado... esos sí que han estado en primera línea. Ellos han visto en primera persona la dureza de esta enfermedad, porque ellos han sido los que han trasladado a los pacientes más necesitados a los hospitales. La mayoría de los pacientes que estaban mal no iban por su pie, los llevaban estos profesionales.

Y ya que hablo del transporte sanitario, voy a aprovechar para recordar la pésima situación de este servicio básico, que supone una garantía para la salud de los ciudadanos. Tenemos que mejorar el transporte sanitario; tienen contratos precarios, falta de uniformidad, vehículos antiguos y con rotulaciones diferentes. Parece el ejército de Pancho Villa. ¿Alguna vez han tenido que ir alguno de ustedes en una camilla de una ambulancia? Pruébenlo algún día yendo sanos. Fíjense si van enfermos, fíjense si van enfermos.

Quiero recordar que ya se aprobó por unanimidad una PNL presentada por este procurador que les habla, en el mes de diciembre, sobre el transporte sanitario, y que recuerdo que... lo recuerdo ahora mismo para que no se eche en olvido: sobre las necesidades de implementar los vehículos de intervención rápida, las necesidades de UME o de ambulancias de soporte vital básico. Todo eso es fundamental. Porque vuelvo a decir lo mismo: que sí, la más visibilidad, y hacen un trabajo impresionante, las ucis de los hospitales, las urgencias de los hospitales; pero no nos olvidemos que el sistema... al sistema se debe y se entra por Atención Primaria, y que cuando alguien está muy malito en Atención Primaria quien lo lleva son las ambulancias. Las ambulancias tienen que estar perfectamente dotadas y preparadas, porque es muy traumático, muy traumático, estar enfermo e ir dando saltos. De verdad, un día solamente, pruébenlo. Yo me... estoy abierto a que un día se tumben en una camilla y les doy un paseo. Ya verán qué mal se pasa. Vamos a intentar que eso esté lo mejor posible, porque es muy traumático, de verdad se lo digo. Bueno, luego seguiré. Muchas gracias.

**LA PRESIDENTA (SEÑORA MONTERO CARRASCO):**

Gracias, señoría. Para fijar posiciones, formular preguntas o hacer observaciones, tiene la palabra, por un tiempo máximo de diez minutos, por el Grupo Parlamentario Ciudadanos, el procurador don José Ignacio Delgado.

**EL SEÑOR DELGADO PALACIOS:**

Muchas gracias, señora presidenta. Dar la bienvenida al director general y a su equipo a esta comparecencia. Y mis primeras palabras pues no pueden ser nada más que mostrar nuestras condolencias desde Ciudadanos a los muertos y a sus familiares de esta pandemia. Y el reconocimiento pues a todos los trabajadores sanitarios y todos los grupos que han trabajado y trabajamos todos los días para que esto se resuelva de una vez por todas.

La verdad que agradecer que ha expuesto, efectivamente, una intervención pormenorizada, detallada, de la actuación de su Dirección General para afrontar esta grave situación que la pandemia ha generado en nuestro sistema de salud. Como nos ha relatado, se han ido ajustando las medidas a las situaciones que se vivían y a la evolución continua de esta crisis sanitaria para evitar que nuestro sistema llegara a colapsar. Y creo sinceramente que se ha conseguido.

De todas las actuaciones que nos ha desgarnado nos gustaría destacar unas cuantas. La primera, la monitorización. Desde el veinticuatro de febrero comienzan a monitorizar datos, y se han ido adaptando a las necesidades del momento: seguimiento diario de urgencias, tasas de ocupación de hospitales, hospitalizados, los COVID en planta, ocupación de camas en uci, pacientes en aislamiento. En fin, datos continuos sobre las emergencias y asistencia continuada. Estos datos han permitido realizar un análisis real de la situación para poder tomar decisiones, las más adecuadas posibles. Y hay que recordar que los datos se han ido dando día por día, y, desde luego, con total transparencia, y así ha sido reconocida la Junta de Castilla y León a nivel nacional, incluso internacional. Es un ejemplo que tenemos que seguir haciendo.

En segundo lugar, adaptación y reorganización. Desde luego, fruto del análisis de los datos, se ha sabido adaptar y reorganizar de forma ágil el sistema para garantizar la seguridad tanto de los pacientes como de los profesionales sanitarios; por ejemplo, para mantener una tasa de ocupación de hospitales y uci que no sobrepasara la capacidad de los mismos, fue necesario habilitar hospitales, camas para pacientes críticos, utilizando camas REA, utilización de algunos quirófanos, etcétera –en fin, el Recinto Ferial de Valladolid, o el de Aranda, u otros hospitales de campaña–, etcétera. Y yo creo que se ha salvado de una manera correcta.

Adecuación y elaboración continua de los procedimientos de actuación. Han sido muchos y muy variados los procedimientos que se han elaborado: procedimiento de actuación en emergencias sanitarias para el manejo de la enfermedad por el nuevo coronavirus; actuaciones en el Centro de Coordinación; o la habilitación de una línea específica para temas COVID; ampliación de líneas de acceso telefónico de treinta a sesenta canales, como lo ha dicho; ampliación de ocho puestos de regulación sanitaria; aumento de profesionales (doce gestores sanitarios, refuerzo de siete médicos, dos enfermeros, dieciséis enfermeros, etcétera); división de las... centros de ocupación en dos centros diferenciados; contratación de nueva plataforma tecnológica para absorber las llamadas recibidas; modificación del operativo, con circuitos



diferenciados para pacientes COVID y no COVID; se pusieron en marcha veintisiete unidades de soporte básico COVID; contratación de diez ambulancias para recogida y traslado de nuestras... de muestras de detección molecular; dos ambulancias de urgencia; ampliación de unidades de soporte vital básico; adaptación de tres helicópteros sanitarios para el traslado de pacientes.

Y, efectivamente, estamos con el compañero Pedro Pascual que seguramente haya que seguir ampliando y mejorando, y es una cuestión que creo que esta Consejería nunca ha negado y se... y se va a tener siempre presente.

Así, se ha hecho un Plan de Contingencia para Atención Continuada y Urgente de Atención Primaria, diferenciando la atención domiciliaria telefónica y presencial cuando era necesaria; organización de la Atención Primaria, suspendiéndose las consultas a demanda y programadas, pero sin dejar de atender a los usuarios -y hay que recalcarlo: jamás se ha dejado de atender a los usuarios y a los pacientes, como así se ha demostrado y se está haciendo todos los días-; manteniendo la atención a los pacientes con problemas no demorables, una vez valorado telefónicamente, y con atención domiciliaria cuando la situación así lo ha requerido; y, desde luego, incluso en el mundo rural, los cuales algunos vivimos en ellos, los sitios más alejados se han seguido haciendo y manteniendo, lo cual es de agradecer.

Medidas en relación a la prestación farmacéutica. Ha sido muy importante aquí el apoyo tanto a usuarios mutualistas, con asistencia a cargo del Sacyl, como los incluidos en el convenio rural, porque se les ha prescrito en receta oficial del Sacyl para evitar su presencia en los centros de salud; al igual que la renovación automática de las prescripciones en recetas electrónicas, incluyendo en las mismas aquellos medicamentos que necesitan visado de inspección, para todos los pacientes incorporados en RECYL.

Y otro elemento muy positivo ha sido la entrega a domicilio, con el apoyo -y hay que destacarlo- de Protección Civil y la Cruz Roja, a pacientes externos de la medicación de uso hospitalario que normalmente se dispensa en la farmacia hospitalaria, evitando así que los usuarios de estos medicamentos, normalmente enfermos crónicos, con unas patologías que les hacen especialmente vulnerables y con un riesgo evidente frente al COVID, pudieran evitar desplazarse a las farmacias hospitalarias.

Actuaciones en el ámbito hospitalario, con dos líneas fundamentales: una en relación con el personal, con la declaración de nivel III de alerta hospitalaria, el catorce de marzo, como ha dicho, se suspendió toda la actividad programada de permisos, licencias de personal, para dedicarles la atención a los pacientes COVID; y atención de planes de contingencia para habilitar el mayor número de camas ante una posible situación de saturación. Y un reconocimiento, desde luego, a estos exhaustos profesionales sanitarios, que todos reconocemos, porque la verdad que han trabajado sin demora y con una gran profesionalidad.

Para la ampliación de camas, es muy destacable la puesta en funcionamiento del hospital de convalecencia en la Feria de Muestras, que ha sido un referente regional, con una capacidad de 163 pacientes, ampliable a 250. Hospital que ha cumplido la finalidad que se marcó como hospital para enfermos COVID, según criterios clínicos y bajo la supervisión de un equipo médico multidisciplinar, permitiera continuar la recuperación de estos pacientes, desahogando las ucis del resto de hospitales. Y, efectivamente, excepto el Hospital de Segovia, que sí que estuvo saturado más del cien por cien, hubo una media razonable.





Plan de Externalización de Pacientes, con acuerdos en centros privados y otras instalaciones, como hospitales de apoyo, para derivar pacientes no COVID a centros limpios.

Posiblemente, lo más destacado de las actuaciones llevadas a cabo para aumentar la capacidad diagnóstica de los pacientes han sido los estudios moleculares PCR y test rápidos. El esfuerzo en este campo ha sido muy significativo, de modo que la capacidad diagnóstica por PCR está en torno a 6.200 PCR por día, llegando, como ha dicho, en total a más de medio millón los test rápidos que se han hecho en Castilla y León.

Y nos gustaría destacar una cuestión fundamental: la humanización. Yo creo que ahí nos hemos enfrentado a una situación muy complicada y muy grave desde un punto de vista médico, momentos de casos de vida o muerte, pero también, en la medida de lo posible, se ha intentado, y se ha conseguido muchas veces, cuidar aquellas medidas que ayudaran a humanizar el trato del paciente en los hospitales, a sus familiares, intentando paliar el aislamiento y la soledad de muchos pacientes ingresados, que no podían estar acompañados por familiares por motivos evidentes. Y otra vez estos profesionales han dado muestras de un gran... de una gran empatía y de un gran apoyo. La puesta en marcha del Plan de Humanización de Castilla y León ante la pandemia COVID-19 y la implementación del Programa de Apoyo Psicológico han supuesto una ayuda muy importante, tanto a pacientes como a sus familias. Ha hablado de unos datos de 6.332 personas atendidas, y la verdad que es de agradecer.

Lo que nos queda ahora es cómo ver... cómo hacemos el paso a la mal llamada nueva normalidad. Y, desde luego, que ese Plan de Desescalada Hospitalaria funcione, que esté definido lo más claramente posible, para la prevención de infecciones hospitalarias, disponibilidad de EPI y medidas de seguridad e higiene, la posibilidad de recuperar la capacidad asistencial en los momentos precisos, como esa preparación -que nos ha adelantado y que vemos correcta- de 250 camas en el edificio del hospital de... antiguo Hospital Río Hortega, en posibles casos de rebrote, que nunca debemos, lamentablemente, que olvidar; o el Divino Valles. En fin, otros tantos -San Telmo- que han... también se han implementado medidas.

Y nos gustaría finalizar con unas preguntas concretas para aclarar mucha mayor luz ante estas situaciones. Queríamos más información sobre los PCR, el número y capacidad para que la Junta se dotara de ellas, ¿qué previsiones tienen?, ¿vamos a llegar al 100 % de... en fin, de la población o en qué medida y porcentaje lo tienen previsto? Esa capacidad diagnóstica COVID-19, ¿qué opina al respecto? Los planes de desescalada, y también la actividad quirúrgica, ¿están ya todas las previsiones en marcha? ¿Y qué previsiones tiene? ¿El estado y evolución de las ucis y número de camas en general es el adecuado y el correcto? Y, sobre todo, la previsión de una posible... rebote. El trabajo de Emergencias, que la verdad que ha sido ejemplar. El buen funcionamiento de los datos de los dos teléfonos 900, uno para la información sobre el COVID y otro para atención psicológica, ¿qué valoración hace al respecto? Y la capacidad diagnóstica, el programa que ha realizado por el Centro Coordinador de Urgencia, nos gustaría hacer una reflexión al respecto; yo creo que la verdad que ha sido bastante digna. Y, por último, ¿cómo se van abordar las listas de espera quirúrgicas? Yo creo que es una cuestión que a todos nos ocupa y nos preocupa, y nos gustaría saber sus previsiones. Muchísimas gracias por todo.



**LA PRESIDENTA (SEÑORA MONTERO CARRASCO):**

Gracias, señoría. Paramos para hacer un receso de diez minutos, y a las doce en punto será el minuto de silencio en la... en la puerta principal de las Cortes. ¿De acuerdo? Gracias.

*[Se suspende la sesión a las once horas cincuenta cinco minutos y se reanuda a las doce horas diez minutos].*

**LA PRESIDENTA (SEÑORA MONTERO CARRASCO):**

Reanudamos la sesión, señorías. Y, finalmente, para fijar posiciones, formular preguntas o hacer observaciones, tiene la palabra ahora, también por un tiempo máximo de diez minutos, por el Grupo Parlamentario Popular, el procurador don Alejandro Vázquez.

**EL SEÑOR VÁZQUEZ RAMOS:**

Gracias, presidenta. Buenos días, señorías. Antes de comenzar, desde el Grupo Popular queremos poner de manifiesto nuestro sentido recuerdo a todas las personas que han fallecido por la epidemia COVID-19, nuestra condolencia a sus familiares y nuestro eterno agradecimiento a todos aquellos profesionales, sea cual sea su profesión, que durante esta crisis han dado lo mejor de sí mismos para tanto atender a los enfermos como permitir que la sociedad tuviera acceso a alimentos, medicinas, seguridad y todo lo que se considera esencial en una sociedad moderna.

Damos la bienvenida a esta Comisión al director general de Asistencia Sanitaria del Sacyl y le agradecemos la exhaustiva información que nos ha proporcionado en relación con la asistencia sanitaria durante esta epidemia.

Como ya hemos manifestado en las dos anteriores comparecencias que tuvieron lugar con la consejera y con la directora general de Salud Pública ante esta Comisión, la pandemia producida por el nuevo coronavirus es un grave problema de salud pública con una importante vertiente asistencial, tan importante que ha tensionado intensamente nuestro sistema sanitario. Por ello, tanto la Atención Primaria como la Atención Hospitalaria o las Emergencias Sanitarias, las tres, que las tres son igualmente importantes y son protagonistas totales en el... en el proceso de tratamiento de los pacientes, las tres han tenido que transformar en un corto período de tiempo su habitual manera de trabajar, y centrar todos los esfuerzos en atender a los pacientes afectados por el COVID.

Para hacernos idea de lo que ha supuesto para el sistema sanitario esta pandemia, vamos a mirar unos números. El día veintinueve de febrero se declaraban en Medora 62 enfermos COVID-19. Solo un mes después, 31.587; mientras que a treinta y uno de mayo se habían registrado en el sistema Medora la atención de 72.123 pacientes, de los que aún permanecían activos 25.000, más de 25.000.

Para tratar tal avalancha de pacientes manteniendo la seguridad de los profesionales, la Atención Primaria ha realizado seguimiento telefónico, visitas presenciales cuando lo han requerido los profesionales y, sobre todo, también han tenido que desarrollar y empiezan a desarrollar tareas epidemiológicas que otras veces no desarrollaban. Además, muchos de los afectados se localizaban en el ámbito residencial, porque lo... lo que a partir de la segunda semana del estado de alarma se



pusieron en marcha equipos COVID-Residencia, como usted bien ha dicho, lo que, sin duda, mejoró el control de la pandemia en este medio.

En Emergencias se transformaron tanto soportes vital básicos, los soportes avanzados, las ucis, los helicópteros; y algo parecido también es lo que ha sucedido en los hospitales. El día dieciocho de marzo había 281 pacientes ingresados en nuestros hospitales por COVID, mientras que el día dos de abril eran 2.316 pacientes. En lo que a las ucis se refiere, el diecinueve de marzo se encontraban ingresadas por coronavirus 54 pacientes, alcanzándose el pico máximo el uno de abril, con 353.

Ningún centro hospitalario del Sistema Nacional de Salud, ningún centro de atención... ninguna Atención Primaria ni ningún sistema de emergencias ni del Sistema Nacional de Salud ni del mundo cuenta con recursos suficientes para hacer frente a situaciones de este tipo. En nuestro caso, la última pandemia sucedió hace 102 años, y, desde luego, en este momento, en nuestro país no existía nada que se pudiera llamar sistema sanitario; y por primera vez hemos tenido que conjugar ambas cosas.

Para hacer frente a una demanda tan importante y en tan reducido espacio de tiempo, ha sido necesario realizar unos profundos cambios estructurales, dedicando zonas hospitalarias que habitualmente se destinaban a la atención de otro tipo de pacientes a zonas COVID. De este modo, se han puesto a disposición de ser utilizadas por pacientes en los momentos más álgidos de la epidemia un total de 5.659 camas, incrementando en más de 500 las habilitadas de modo habitual. También se han incrementado las camas de uci mediante su extensión a otras áreas hospitalarias, pasando de las 216 habituales a 512.

Esta transformación de la infraestructura hospitalaria ha venido acompañada también de un cambio en la manera de trabajar de los profesionales. En los servicios de urgencias, como bien se ha manifestado aquí ya, se establecieron triajes previos al acceso al hospital para personas compatibles con COVID. Esto permitía su aislamiento desde el primer momento y realizar circuitos diferenciados para otras patologías. También se crearon equipos COVID intrahospitalarios, liderados por medicina interna, neumología, intensivos y anestesia, con la colaboración de médicos especialistas tanto de las áreas médicas como quirúrgicas, que han cambiado horarios y ámbitos de conocimiento para atender a pacientes confirmados y a pacientes sospechosos del COVID. No quiero olvidarme del personal de enfermería, que ha tenido una importante exposición al virus y que ha visto transformada su dinámica habitual de trabajo, mientras que una... dando muestras una vez más de su encomiable profesionalidad.

Ahora cabe preguntarse si, de un modo objetivo, podemos evaluar el funcionamiento del Sacyl en esta pandemia, es decir, si el sistema ha sido capaz de controlar o de tratar con eficiencia el... la epidemia. Nuestra Comunidad es la tercera en número total de infectados detrás de Madrid y Cataluña. Si nos referimos a... más lógicamente a la población, ocupamos el quinto puesto, tras La Rioja, Madrid, Castilla-La Mancha y Navarra. Ahora bien, si atendemos al número de casos hospitalizados en relación con los casos declarados con PCR, es decir, los casos que oficialmente tiene el Ministerio, Castilla y León ocupa no el puesto cinco, sino el puesto trece, mientras que en ingresados en uci por casos por PCR ocupamos el puesto dieciocho. Si analizamos la mortalidad, en números brutos somos la cuarta Comunidad en fallecidos por millón de habitantes, con 810 por millón de habitantes, detrás Castilla-La Mancha, Madrid



y La Rioja. Pero si analizamos la mortalidad en relación con los casos declarados de PCR, es decir, lo que se conoce como “tasa de letalidad”, la situación cambia radicalmente: en este caso, Castilla y León ocupa el lugar trece, en una lista que encabezan Castilla-La Mancha y Extremadura.

A pesar del dolor que conlleva el hablar de víctimas mortales, de las dificultades con las que se han enfrentado en la asistencia, tanto en los niveles de Atención Primaria, Hospitalaria y Emergencias, y de la dureza con la que la epidemia se ha comportado en Castilla y León –siendo la tercera, como he dicho, en número total de infectados–, desde nuestro punto de vista y a tenor de los datos objetivos que aquí acabamos de manifestar, creemos que el servicio de salud ha mejorado lo que podíamos esperar, a tenor de los datos de incidencia de la epidemia en nuestra Comunidad. Por lo tanto, consideramos que el Sacyl ha hecho frente a la asistencia sanitaria de la pandemia con solvencia.

Otro aspecto muy importante para analizar en este momento es el de los profesionales infectados en el servicio de salud. En España se han infectado un total de 40... más de 40.000 profesionales, de los que más de 2.000 son profesionales sanitarios en Castilla y León. Ciertamente es que la profesión sanitaria es una profesión de riesgo, riesgo que todos y cada uno de los sanitarios asumimos; pero no es menos cierto que ese riesgo no debe incrementarse con medidas erráticas sobre qué Administración tiene que adquirir las protecciones o con la falta de rigor en las propias adquisiciones, porque esas decisiones que retrasan la disponibilidad de protección suponen un riesgo añadido inasumible para los profesionales y, desde luego, pone en riesgo la propia asistencia sanitaria.

Según los datos por categorías, que se encuentran en la página de transparencia –por cierto, enormemente útil– que existe en el portal del Gobierno de Castilla y León, se han infectado el 6,98 % de los médicos, el 6,2 % de las enfermeras, el 5,7 % de los técnicos en cuidados de atención de enfermería, el 4,76 de los celadores y el 5,44 del personal en formación. Por provincias, en Segovia se han infectado casi el 13 % de los profesionales, mientras que Soria son el 9,2 y en Ávila el 8,9. En Castilla y León, en total, se han infectado en global el 5,35 % del total de los trabajadores sanitarios. Sin que sirva de consuelo alguno, ya que nos parece un número muy elevado, es, desde luego, una cifra muy inferior a la media nacional.

Esto es, según nuestra opinión, el escenario en el que el servicio de salud ha atendido a los pacientes afectados por el COVID, y que usted ha detallado perfectamente en su intervención.

Y ahora toca pensar en el futuro. Y, desde luego, no sería admisible que un rebrote de esta pandemia, u otra que pudiera presentarse, nos vuelva a pillar de... por sorpresa. Por eso, desde aquí nos atrevemos a proponerle una serie de medidas que pensamos imprescindibles para enfrentarnos con éxito a nuevos desafíos de este tipo.

Creemos que se debe contar con un *stock* estratégico de elementos de protección que desde el primer momento reduzcan el riesgo de los trabajadores del servicio de salud al riesgo admisible propio de la profesión.

Creemos que debemos de contar con un *stock* estratégico, o bien con los acuerdos necesarios con la industria, para poder disponer desde un primer momento de equipamientos que se han demostrado imprescindibles en situaciones de este tipo: respiradores, monitores, máquinas de hemodiálisis, etcétera.



Creemos que debemos de contar con plantillas adecuadas y estables en los centros, que permitan realizar formación continuada y reciclajes en materias imprescindibles en situaciones de crisis, como por ejemplo enfermería de intensivos, enfermería de diálisis, manejos de catástrofes o formación médica en especialidades emergentes, que permita adaptar a la plantilla a las necesidades asistenciales de una crisis como en la que estamos inmersos.

Creemos que se debe de potenciar los recursos de epidemiología en todas las áreas sanitarias.

Creemos que se debe de confeccionar y evaluar periódicamente planes de contingencia hospitalaria y de centros de salud, y su comunicación a la plantilla. Creo que los hay y los ha habido, y usted lo ha recordado, que había unos planes de hace unos años, pero creo que estos planes hay que evaluarlos y adaptarlos a la situación... periódicamente a la situación de nuestros centros.

Creemos que se debe de crear en cada área... en cada área de salud una comisión de crisis sanitaria, que se encargaría de evaluar las condiciones de los centros de ese área sanitaria y sus necesidades, para mantenerlo siempre en situación de respuesta.

Creemos que se debe de seguir con el desarrollo de las nuevas tecnologías. Y es cierto que el COVID ha venido para quedarse y... pero, desde luego, también es cierto que las nuevas tecnologías que permiten hacer otro tipo de medicina también han venido para quedarse, y es el momento de apostar por su desarrollo.

Y por último, y como director general de Asistencia Sanitaria, queremos transmitirle nuestra petición de que los dispositivos asistenciales -incluyendo los consultorios locales, por supuesto- se reabran y vuelvan a una... a una actividad más... lo más próximo a la normal lo antes posible. Eso sí, manteniendo siempre las medidas de prevención que tanto para los usuarios como para los profesionales que -no nos olvidemos- siguen trabajando en ellos.

Es importante hacer frente a lo que yo llamo... lo que llamamos la segunda oleada del COVID, que es la que estamos viviendo, que es el de la situación de las enfermedades crónicas, que durante mucho tiempo han estado sin tratamiento, y, por lo tanto, es creo que mandatorio ir adaptando los centros a la mayor rapidez posible a la nueva situación. Nada más y muchas gracias.

#### LA PRESIDENTA (SEÑORA MONTERO CARRASCO):

Gracias, señoría. Para contestar a las distintas intervenciones de los grupos parlamentarios, tiene la palabra el señor director general.

#### EL DIRECTOR GENERAL DE PLANIFICACIÓN Y ASISTENCIA SANITARIA DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD (SEÑOR MONTERO MORENO):

Sí. Bueno, se me ha hecho múltiples preguntas, lo que pasa es que muchas de ellas, de alguna manera, pueden agruparse. Me preguntaba... iniciaba el portavoz del Grupo Socialista hablando de si estamos preparados. Es decir, yo creo que la experiencia demuestra, es decir, que preparados hemos estado; es decir, señalar que, por ejemplo -tengo aquí las cifras-, es decir, en el momento más crítico, el día uno de abril, la ocupación de los hospitales, como decía, salvo Segovia, estuvo al 67,8 %;



es decir, tuvimos camas libres en todos... en todos los hospitales, ¿eh? La capacidad de las ucis estaba ya prevista... estaba prevista con todo... es decir, las ucis tenían una dimensión, pero habíamos preparado ya unidades para... también para atender a pacientes críticos, los cuales fueron a las que llamamos esas ucis extendidas. Y las ucis extendidas han funcionado gracias, fundamentalmente, al trabajo colaborativo que han tenido los profesionales, a los cuales creo que hay que rendir verdadero homenaje. Es decir, han trabajado conjuntamente intensivistas, anestesiistas... Otros profesionales se han puesto a disposición de estos profesionales para atender a los pacientes críticos, personal de enfermería. Es decir, no formado en... en atención a pacientes críticos, se han incorporado también a trabajar con ellos, lo cual ha sido algo verdaderamente ejemplar.

Entonces, desde el punto de vista... Por otro lado, se han incorporado nuevos equipos, se han incorporado nuevos equipos, los cuales se han utilizado... y muchos de ellos, como decía el portavoz del Grupo Popular, van a formar parte de esa reserva estratégica que tendremos que poner en marcha a medio plazo. Es una reserva estratégica que con parte contábamos; partíamos con una reserva estratégica de... de EPI, los cuales es verdad que se agotaron rápidamente, y después, el mando único encargó que el INGESA comprase prácticamente de forma única todos los equipos. INGESA, como ustedes saben, rompió el *stock*... los *stocks* a nivel internacional también, ¿eh?... pues también fracasaron y hubo de nuevo que empezar a comprar de nuevo también equipos por parte de... de la Comunidad. Y, bueno, aquellos momentos en los cuales el vicepresidente tuvo que pedir a la sociedad que aportase... que aportase equipos de protección individual, que fue realmente muy importante.

Yo creo que, es verdad, es necesario el contar con reservas estratégicas; hay que contar con la industria, hay que contar con la industria de nuestra Comunidad para poder aportar estos... estos equipos. Y, por otra parte, es verdad que nosotros hoy, a día de hoy, estamos ya valorando esas necesidades, necesidades ya para el medio plazo, para el medio-largo plazo. Necesidades a nivel de las unidades de cuidados intensivos, está previsto incrementar 53 plazas más de cuidados intensivos en todas las provincias. ¿Por qué? Porque la idea es que, venga esta epidemia, esta pandemia, o venga cualquier otra, tengamos unidades compartimentalizadas, diferenciadas entre... para pacientes con infección COVID u otra infección y... y pacientes no infectados, que eviten... que eviten el que, de alguna forma, la actividad del resto del hospital de la actividad quirúrgica se quede bloqueada por este motivo.

Cincuenta y tres puestos que se van... es decir, que se anunciarán, que están distribuidos, que en estos momentos están ya preparándose ya, bueno, pues expedientes para los mismos. También, como decía, se han comprado 35 respiradores, 30 mesas de anestesia, 303 ventiladores, 50 ventiladores no invasivos, 15 radiólogos portátiles, 130 ecógrafos, 100 aspiradores, 200 pulsioxímetros, etcétera, etcétera. Y también, como no queremos... porque la idea es que sabemos que van a seguir saliendo casos puntuales y es necesario que estos casos puntuales que ..... condicionan mucho la vida de nuestros hospitales, es necesario tener recursos específicos para ello; y por eso, además de los recursos habilitados que se puedan preparar en cada... en cada una de las provincias, el... el habilitar las 250 camas en el hospital... en el Edificio Rondilla, camas que se quieren de carácter regional para atender a este tipo de pacientes.





Yo quisiera hacer una mención también al Hospital FERIA. El Hospital FERIA ha sido una experiencia, estaba preparado para estar funcionando... para estar funcionando ya el mismo día... el día treinta estaba preparado para estar funcionando en el momento más crítico; al final tuvo 43 ingresos, donde se ha trabajado, sobre todo, en la bioseguridad, separando zonas limpias, sucias y zonas de transición, es decir, para la descontaminación. Ha servido también para hacer un aula de formación, por la que han pasado más de 141 alumnos; porque creo que esta es una de las áreas donde tenemos que formar también a nuestros profesionales, en todo el tema de la bioseguridad. Ha sido una experiencia también en logística sanitaria; logística sanitaria que será muy útil también de cara a esas unidades de crisis que, de alguna manera... unidades de contingencia existen, existen en todos... en todas las áreas y en los hospitales. Creo que es necesario retomarlas de nuevo; es decir, la situación nos pone... Es decir, tuvimos hace unos siete años el... el Ébola; parece que se nos... se nos pasó -yo estuve entonces en un hospital donde fue el centro de referencia-; pasó el Ébola, y parece que... Pero creo que es verdad que tenemos que mantener... mantener muy viva la situación de mantener esos planes de contingencia, esos planes de crisis, haciendo simulacros periódicos, teniendo separadas zonas limpias, zonas sucias, zonas de aislamiento, que, antes o después, claro que nos van a llegar.

Querría decir... me han planteado también temas relacionados con los profesionales, con profesionales, horas, etcétera. Creo que este no es un tema... no es un tema de mi competencia. Comparto, comparto, por supuesto, lo que ha sido el agotamiento de los profesionales, el... el deber que les tenemos en estos momentos, la comprensión hacia ellos; pero creo que próximamente vendrá por aquí la directora general de Profesionales, a la que creo que será a quien haya que hacer más específicamente estas preguntas. Aunque, efectivamente, yo comparto que en estos momentos las profesionales que han trabajado, que se han formado, que hayan trabajado en las unidades de críticos son profesionales los cuales... es decir, y otras unidades, como ha sido la neumología, las internas, el área de urgencias, es decir, son profesionales a los cuales hay que cuidar, hay que mimar, porque es formación difícil, y son personas que han trabajado con un voluntarismo digno de... digno de aprecio.

Me decía también el portavoz del Grupo Socialista, me hablaba, del tema de las residencias. Efectivamente, nuestras residencias, es decir, bueno, pues es verdad que... hablaba de... de áreas de coordinación. Es decir, áreas de coordinación en los cuales en estos momentos pues ha habido que potenciar, que se han trabajado mucho más; es decir, yo creo que nunca se ha trabajado tanto desde los centros de salud, desde las Gerencias, con los delegados territoriales de servicios sociales. Comparto y estamos trabajando en ello, en un nuevo modelo, en un nuevo modelo para... para atender a las personas mayores, ¿eh?, un nuevo modelo para atender a las personas mayores. Es decir, desde el área de cuidados... desde el área de cuidados de la dirección técnica de urgencias y cuidados se está trabajando en ese... en ese modelo. Es decir, sí, porque, es decir, hay que reconocerlo, es decir, se nos han muerto muchos ancianos, es decir, pero también hay que reconocer que el trabajo que se ha hecho, el trabajo que se ha hecho, es decir, ha sido tan importante que, si miramos los... las tasas de letalidad de nuestra Comunidad y las comparamos con las tasas de letalidad de otras Comunidades, y, por ejemplo, vemos que la tasa de letalidad en Castilla y León me parece que es del 1,15, mientras que era el 1,60 en el País Vasco y 1,5 a nivel nacional, es decir, nos indica que, dada la población





envejecida que tenemos, población vulnerable, población muchas veces confinada en esos centros, población con pluripatologías, población sobrevejecida, es decir, hay que pensar que esas cifras de letalidad –y alguno me lo comentaba, de otra Comunidad– en gran medida se debe al trabajo de nuestros profesionales.

Con lo cual, es verdad que toda vida es irremplazable, pero también es cierto que podemos hablar que, probablemente, de ese trabajo coordinado, de esos COVID-Residencias, de ese trabajo desde Atención Primaria, es decir, hayamos que dar la enhorabuena porque hayamos salvado muchas, muchísimas vidas, es decir. Y así nos lo reconocen en otras Comunidades, es decir, este papel, este modelo de... de los profesionales de Atención Primaria, coordinándose con los responsables de las residencias, con los responsables de servicios sociales; estos equipos multidisciplinares –geriatras, internistas, atención a domicilio, paliativistas, incluso de medicina preventiva–, que han ido a trabajar para la separación de pacientes en las residencias entre limpios y sucios, creo que son profesionales, es decir, a los cuales hay que reconocer ese... ese trabajo; y creo que han sido absolutamente ejemplares en tratar y cuidar a estos pacientes, a estos pacientes en las residencias, usando los mismos recursos que si hubieran estado en muchos casos en los hospitales: trayendo la antibioterapia intravenosa, proveyendo de oxígeno, trayendo medicación, medicación... medicación hospitalaria. Por eso creo que es algo digno... digno de reseñar. Con lo cual, si vemos las tasas de letalidad, probablemente, es decir, aun diciendo y haciendo la autocrítica que todos tenemos que hacernos, es decir, creo que es para estar muy orgullosos del trabajo que se ha hecho a nivel... a nivel de las residencias.

A nivel de la Atención Primaria, pues qué quiere que le diga, es decir, les decía que siempre es el talón de Aquiles. Yo creo que la Atención Primaria ha sido la clave, ha sido la clave en estos momentos en la atención a los pacientes en... durante el período de pandemia. Ha sido clave en la atención y han sido los que han estado vigilando a los pacientes leves que estaban aislados en domicilio, han sido los que han visitado a los moderados, han estado pendientes de los pacientes crónicos frágiles para que, es decir, no... no se descompensaran, es decir. Han estado coordinados perfectamente con el... con el Centro Coordinador de Urgencias, es decir, para el seguimiento de todos estos pacientes. Con lo cual, es decir, creo que, es decir, en gran medida, es decir, el éxito que yo creo que hay que reconocer, es decir, al sistema sanitario, cuando decía yo que había sido ágil, que había sido flexible, que se había acomodado, ha sido debido al papel que ha desarrollado la Atención Primaria.

Y usted dice que es el talón de Aquiles, pues yo comparto con usted en que todos estamos, de alguna manera, invitados a reconstruir y a trabajar por la Atención Primaria, y seguro que en esos trabajos nos acabaremos encontrando. Pero a día de hoy, a día de hoy, lo que prima es la seguridad, prima la seguridad de los profesionales y de nuestros pacientes, y por eso creo que la cita... la cita previa, la cita consensuada con el profesional, es clave para que, es decir, el... es decir, la atención se pueda hacer de forma presencial, de forma telefónica o a nivel domiciliario. Y esto, tanto en los centros de salud como a nivel de los consultorios o en cualquier... o en cualquier circunstancia.

Me decía que... el cierre de consultorios. El cierre de consultorios no se ha planteado en ningún momento, no se ha planteado en ningún momento; es decir, es un tema del que no se... del que no se ha hablado, el cierre de consultorios y... Pero sí que



se estaba hablando de que creemos que la consulta no presencial es algo que tenemos que primar, que tenemos que mimar, y se lo debemos no solamente a nuestros profesionales, sino también a nuestros pacientes, para que... evitar, es decir, pues aquellos consultorios llenos de gente en los cuales es difícil de mantener los dobles circuitos, las consultas específicas con patologías respiratorias. Y la consulta concertada con el profesional va a ser la clave para atender a estos... a estos pacientes.

Hablábamos también de... de los test. Es decir, creo que ha sido un esfuerzo tremendo el que se ha hecho en el tema del cribado y el tema de los test como la clave para el control de la... para el control de la enfermedad. Si hablamos de los test en... en profesionales, decir que el 35 % de los profesionales tienen PCR, que el 64 % de nuestros profesionales tiene test rápidos; si juntamos todos, hablaríamos de que tienen test realizados los profesionales el 73 %.

La capacidad para hacer test, es decir, como les decía, se ha hecho incrementando la capacidad en todos nuestros hospitales, pero también mediante una serie de convenios. Creo que hemos sido una de las Comunidades pioneras en convenios; no queríamos renunciar a ninguna de las capacidades de nuestros centros de investigación para poder hacer PCR en cualquier momento; PCR, es decir, en el momento de más... mayor crisis y en el momento actual de vigilancia epidemiológica. Por eso, es decir, creo que la sociedad, es decir, en su conjunto, es decir, ha contribuido, algunos a través del voluntariado, y los profesionales, el área de microbiología trabajando a turnos, prácticamente, es decir, trabajando mañana, tarde y noche, en sacar un número... un volumen de... de PCR que en estos momentos les puedo decir que creo que estamos en disposición de decir que estamos entre los primeros de España en tasas... en tasas de población.

Decir también que también esas medidas, como la que se puso en marcha para hacer el COVID-Car, es decir, medidas que le puedo decir que fueron 48.365 PCR las que se han realizado a través de... de este... de este mecanismo.

Si hablamos de tasas, si hablamos de tasas por 1.000 habitantes, decimos que PCR por 1.000 habitantes tenemos en nuestra Comunidad 67,96, mientras que el Sistema Nacional de Salud hablamos de 53,85. Si hablamos de tasas por 1.000 habitantes en test rápidos, hablaríamos en nuestra Comunidad de 116,49 ‰, mientras que en el Sistema Nacional de Salud hablaríamos del 32,4. Y si hablamos de test totales, con test rápidos y PCR, estaríamos hablando de 184,45 ‰, mientras que el resto de la Comunidad... en el resto del país hablaríamos del 86,28. Eso quiere decir que en la situación en la que nos hemos encontrado, con rotura de *stocks*, con... con la industria repartiéndolo con detalle los... los kits para hacer estas pruebas... Es decir, hemos negociado con la industria, hemos negociado con... hemos negociado con las empresas de los... de estos equipos, de forma que se pudieran poner, es decir, equipos para detección... para las técnicas de PCR en todos los hospitales, como tenemos en estos momentos; de forma que si un paciente pues necesita una intervención, necesita una PCR con carácter urgente, podamos hacérsela prácticamente en todos los hospitales de la Comunidad.

Quisiera también hablar del tema de emergencias, el tema de emergencias. Pues aquí, fundamentalmente reconocer el trabajo que han hecho emergencias, la rapidez, la flexibilidad para dividir los dos centros de coordinadores en la parte... en la parte COVID y no COVID, ¿eh? Es decir, cómo... cómo se han coordinado con Atención Primaria para, es decir, trabajar de forma que las personas, es decir,



tuviesen una respuesta ante esa incertidumbre terrible que hemos tenido durante estas... estos... estos últimos meses. Y eso ha sido una labor gracias al trabajo innegable de los profesionales, pero también un trabajo de coordinación, un trabajo de formación, un trabajo de elaboración de protocolos, un trabajo... un trabajo bien hecho.

Es decir, les puedo decir también que el... la línea 900 ha sido un sensor; ha sido un sensor que nos ha ido diciendo cómo iban las cosas. Es decir, según aumentaban las llamadas, sabíamos que el problema nos... nos iba a llegar en días posteriores. Por eso, creo que el Centro Coordinador de Urgencias es un área que habrá que potenciar, porque es un área nuclear de nuestra Comunidad, de la asistencia en nuestra Comunidad, es decir, para... para atender a la población *in situ* tanto en el medio urbano como en el medio... como en el medio rural.

Qué decirles también de las listas de espera. Pues las listas de espera, estamos en estos momentos en un proceso de desescalada, un proceso de desescalada en el cual estamos intentando volver a la normalidad, volver a la normalidad, es decir, en el cual en estos momentos estamos intentando llegar... Habitualmente tenemos unos 160-170 quirófanos programados diarios; hoy estamos ya... esta semana la idea era llegar al 75 % de los... de los quirófanos programados, intentando que ya prácticamente en próximos días todo paciente de prioridad uno, es decir, aquel que tiene que ser operado antes de treinta días, sea operado lo antes posible. Con esto, creo que los... estamos en la línea acertada, pero siempre -como hemos dicho- intentando garantizar la seguridad, de forma que se haga... a todo paciente que vaya a ingresar para cirugía se le haga encuesta... encuesta epidemiológica, se le haga el... el consiguiente test PCR; porque lo que no podemos caer es en problemas de seguridad para nuestros profesionales y para nuestros pacientes, porque un paciente que... es decir, al que no sepamos si tiene COVID, y sea... y sea su sujeto a una intervención, se agravaría el pronóstico de forma importante y las posibilidades de llegar a uci serían muy importantes. Así lo recomienda la Asociación Española de Cirujanos, en el que se dice que todo paciente que vaya a hacer cirugía se le haga PCR; y eso es lo que queremos garantizar en todos los hospitales de la Comunidad.

Y respecto a las consultas externas, pues estamos también... se ha creado un grupo de trabajo para ir recuperando la actividad que se había... que se había dejado de hacer, es decir, pero fundamentalmente en base a criterios clínicos, a criterios de prioridad, es decir, de forma que los pacientes urgentes, los pacientes prioritarios, los pacientes pendientes de diagnóstico sean atendidos preferentemente. Creo que se están abordando muchos temas; unos son más difíciles, otros son más complicados, es decir, pero creo que estamos hablando de algo en el cual todos los aquí presentes estamos invitados a trabajar y a colaborar, porque lo que nos estamos jugando -y hoy lo hemos... lo hemos visto estos meses- es algo tan importante, y creo que nuestros profesionales, a los que tanto hemos aludido a lo largo de esta... de esta jornada, no nos perdonarían que no nos pusiéramos de acuerdo en los temas prioritarios en los que tenemos que llevar a cabo. Por mi parte, nada más.

#### LA PRESIDENTA (SEÑORA MONTERO CARRASCO):

Muchas gracias, señor Montero. A continuación, se abre un turno de réplica de los portavoces de los distintos grupos parlamentarios. Comenzando por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra, por un tiempo máximo de cinco minutos, el procurador don Jesús Puente.



### EL SEÑOR PUENTE ALCARAZ:

Gracias. Bueno, muchas gracias, señor José Montero Moreno. Vaya por delante una cosa: el Sacyl, para nosotros, como Grupo Socialista, es... es nuestra preocupación más importante en estos momentos. Todas las críticas que podamos verter y hemos vertido desde este grupo han sido precisamente porque nos interesa y nos preocupa muchísimo el servicio público de salud castellano y leonés.

Cuando hacemos críticas al Sacyl, no es críticas al Sacyl, sino críticas a la manera en que se gestiona. Le digo esto porque, además, como profesional que soy de... del Sacyl, todo lo que ocurre a este... a esta casa, que... nos duele en primera persona. Es un servicio que mantenemos todos los castellanos y leoneses con nuestros impuestos, es un servicio que siempre estamos reclamando que se invierta más, es un servicio que queremos que funcione mejor aún. Y por supuesto que funciona bien. Lo hemos visto en primera persona; los hospitales han... han realizado un trabajo espléndido, han respondido a todo lo que se le ha pedido. Se le ha exigido una flexibilidad que muchos ni nos imaginábamos. Ya hemos visto en primera persona como los hospitales han sido capaces de cambiar plantas enteras para asistir inmediatamente a los pacientes del COVID, y esto hay que... cuando lo veamos con más tranquilidad, pausado, creo que ha sido y puede ser un ejemplo no solamente para el resto de España, sino para el resto de muchos países que tienen sistemas de salud mucho más endebles.

El nuestro es un sistema de salud fuerte, lo es; y estamos muy orgullosos de ello. Pero para seguir estando orgulloso de ello hay que señalar aquellos elementos que no funcionan, y creo que eso es lo que personalmente he intentado transmitirle aquí con las preguntas que le he trasladado en su momento, ¿no?

A nivel hospitalario, sí, las ucis extendidas han funcionado, los equipos que usted... que dice la reserva estratégica, estoy convencido que lo van a poner en marcha, porque es fundamental; el camino nos lo marcó Finlandia, y seguro que los países como el nuestro van a seguir con ello, ¿no? Las ucis aumentan 53 plazas; estupendo. El ferial; bueno, el ferial, ya nos explicará a ver realmente para qué ha servido; dice usted para... para aspectos de carácter educativo, para formar a especialistas. Bien, bueno; como... como ensayo logístico, bien, bueno. No voy a... no voy a entrar ahí, ¿no?

Pero, sin embargo, yo creo que hay dos... los dos elementos débiles que son los que le he señalado antes, ¿no? Lo de las residencias de ancianos no ha funcionado. Hay más; según sus datos, superan en más de mil los fallecidos en las residencias. Y suponiendo que haya fallecido... un cálculo rápido, más allá del 50 %, ¿eh?, venían precisamente de personas mayores, y muchas de ellas venían de residencias de ancianos. Y esas áreas de coordinación que usted me plantea, esa respuesta rápida de esa medicalización, no de todas las residencias, de algunas -tenemos ya en Fiscalía algunas residencias que no han dado de sí todo lo que tenían que dar y que ya veremos con el tiempo cómo resuelven estas... estos recursos-, han funcionado cuando se han... se ha... se les ha exigido en muchas de ellas, pero no me ha dicho si vamos a medicalizar o no las residencias.

Ha hablado de que están ustedes trabajando en un nuevo modelo de atención. ¿Nos puede adelantar hacia dónde va ese modelo de atención? ¿Va a haber una coordinación permanente entre el área social y sanitaria? ¿Están... va por ahí? Ahí seguramente



nos vamos a encontrar la mayoría de la Cámara, porque a nosotros nos preocupa también muchísimo este... este sector de la... de la asistencia social y sanitaria.

Pero no coincido en el tema de la Atención Primaria. Atención Primaria no puede responder tan rápido como responden los hospitales, por su propia constitución. Atención Primaria está basada en la previsión a largo plazo, a medio plazo, al seguimiento de las poblaciones, en el análisis permanente de cómo... cómo está la Comunidad, en la asistencia tranquila, pausada, en la... en la previsión, precisamente, de las patologías no... no agudas, que también; pero, fundamentalmente, nuestra Atención Primaria, la nuestra, que está en un contexto muy particular, que todos conocemos, de... muy ruralizada, con población mayor, tiene un ritmo mucho más lento que el resto de Gerencias. En la Gerencia de Atención Primaria no se... no ha podido... no ha respondido. De hecho, usted... he tomado nota de todo lo que han invertido: contrataciones, recursos; en Emergencias se ha duplicado, se han aumentado las ambulancias; en hospital, por supuesto, se ha puesto a disposición de los gerentes todo lo que han necesitado; pero en Atención Primaria no he visto inversión en estos momentos de crisis, no he visto... no he visto un aumento de las plantillas, no se ha producido ese aumento de recursos. De hecho, los primeros EPI llegaron quizá con un poco de retraso.

Pero, ya le digo, esto... esto, probablemente, es porque hemos hecho algo mal durante los últimos años, se ha ido desinvirtiendo en Atención Primaria. Y entonces, el tema de los consultorios no es una cuestión baladí la que le estoy planteando, porque los consultorios siguen siendo para nosotros un elemento a disposición de las... de su... de direcciones como la suya para que los... los mejoremos y que sean una... un valor estratégico de presencia del Sacyl en el territorio. Y por eso creo que Atención Primaria...

#### LA PRESIDENTA (SEÑORA MONTERO CARRASCO):

Señoría, tiene que ir finalizando, por favor.

#### EL SEÑOR PUENTE ALCARAZ:

... lo que ha sufrido es precisamente esa desinversión.

Entonces, solamente vamos a poder fortalecer, convertir en ágil, fuerte y flexible nuestro sistema de salud si realmente mantenemos la inversión; y creo que, hasta ahora, hemos visto justo lo contrario: una desinversión sistemática, paulatina, lenta e imperceptible. Ahora tenemos los resultados. Tenemos que cambiar esa percepción y tenemos que aumentar la inversión. Esa es la propuesta que hacemos desde nuestro grupo. Muchas gracias.

#### LA PRESIDENTA (SEÑORA MONTERO CARRASCO):

Gracias, señoría. En segundo lugar, por el Grupo Parlamentario Mixto, tiene la palabra, por un tiempo máximo de cinco minutos, el procurador don Pedro Pascual.

#### EL SEÑOR PASCUAL MUÑOZ:

Muchas gracias, señora presidenta. Muchas gracias, de nuevo, al señor Montero por sus repuestas. Y en lo que respecta al agradecimiento que ha hecho a... a mi





servicio, a Emergencias Sanitarias, se lo agradezco realmente porque de verdad que a veces también viene bien que te agradezcan el trabajo.

Simplemente quiero incidir un poco en lo que le dije al comienzo. Voy a probar a ver si... si, a base de repetir lo mismo una y otra vez, tomamos conciencia del problema de la sanidad, que es... como les digo, no es algo de ahora el problema que tenemos; es algo que ahora se ha acentuado, pero viene de atrás.

Todos tenemos claro que los sanitarios han realizado un trabajo digno de reconocer, pero esos reconocimientos no pasan por premios, como les comentaba antes, pasa por darles lo que es justo, que les permita tener un proyecto de vida donde ellos quieran. Los contratos -ya sé que no es su... pero tengo que seguirlo diciendo- de cuatro o cinco meses no sirven. Y necesitan también formación. La formación es muy importante, pero la formación reglada y, a veces, con unos mínimos obligatorios en su jornada laboral, algo que hasta ahora no está sucediendo. El personal sanitario tiene que buscarse las castañas para hacerse su formación o incluso pagándolo ellos. Entonces, yo creo que desde la Administración una... mínimamente, una formación obligatoria para que no nos pillen pues estas cosas, como a algunos nos ha pillado. ¿De acuerdo?

La Atención Primaria, pues, como se está comentado, es fundamental, siempre lo ha sido y tiene que seguir siendo. Insisto también en la Atención Primaria en el medio rural, que es básica, y más ahora, con toda la población que se va a trasladar a sus segundas residencias en los pueblos. Y sigo diciendo lo mismo: ¿qué va a pasar con los consultorios rurales? Ayer, sin ir más lejos, me llamaba la alcaldesa de El Tiemblo, en Ávila, y me preguntaba que... no sé si lo sabrá, pero en El Tiemblo, aunque pertenece a la zona básica de salud de Cebreros y el centro para atención continuada está en Cebreros, hay un convenio desde dos mil catorce por el que desde las tres de la tarde a las diez de la noche hay médicos en El Tiemblo; eso no está. Tienen mucho miedo, se va a meter mucha gente en El Tiemblo y quieren saberlo. También me gustaría saber qué va a pasar.

Durante estos meses los centros de salud han reducido prácticamente su actividad a consultas telefónicas, pero la gente, de verdad, necesita a su médico y a su enfermera, lo necesita a su médico y su enfermera, como bien decía el compañero del Partido Socialista. Podría ser interesante, para esa creación de circuitos limpios, para pacientes que presenten otras patologías no COVID, y circuitos para pacientes con COVID o que sean sospechosos, pues habilitar instalaciones municipales que estén en desuso, que estoy seguro que las hay, porque ya me han comentado alcaldes que tienen instalaciones; a lo mejor sería una solución. Con voluntad, yo creo que todo es posible.

Muy importante también contar con estocaje suficiente de mascarillas, de guantes, sobre todo de guantes. Ya sé que tenemos un problema muy serio con los guantes, pero habrá que solucionarlo de alguna forma; no lo sé, ahí está usted y... y supongo que habrá que ver. Pero tienen que tener todo lo necesario para que los sanitarios estén protegidos.

Y vuelvo a insistir en los conductores de las ambulancias, los técnicos de transporte sanitario, que muchas veces nos olvidamos de ellos y para... y ya les digo que su trabajo también ha sido de lo más esencial.

Y ahora sí que le rogaría que aceleraran a ver algún protocolo para ver cómo seguimos trabajando con estas altas temperaturas y los buzos, porque a lo mejor



vamos a tener problemas; los estamos teniendo ya en cuanto vamos a un accidente de tráfico o estamos en domicilios, y es insufrible. No sé cómo se podría hacer.

Y luego, para terminar, sí me gustaría dar algunas líneas que a lo mejor, no sé, sería compartir un poco con todos... con todos ustedes Y yo creo que deberíamos activar el normal funcionamiento de los centros de salud cuanto antes. Deberíamos seguir potenciando y mejorando los sistemas de información; cuanto más conozcamos, mejor gestionaremos. Deberíamos desarrollar un potente programa de formación continuada, como le digo, con un mínimo obligatorio en jornada laboral. Deberíamos desarrollar o de hacer un decidido desarrollo por implantar la telemedicina, lo que provocaría... o provocará mayor relación y coordinación entre el nivel primario y el hospitalario. Y yo creo que hay que implantar una reforma del funcionamiento de la Atención Primaria que la... que la haga pues más eficiente, más comunitaria y coordinada con la Atención Hospitalaria; y no solo con la... con la Atención Hospitalaria, sino también con los servicios sociales. Muchas gracias.

#### LA PRESIDENTA (SEÑORA MONTERO CARRASCO):

Gracias, señoría. En tercer lugar, por el Grupo Parlamentario de Ciudadanos, tiene la palabra, por un tiempo máximo de cinco minutos, el procurador don José Ignacio Delgado.

#### EL SEÑOR DELGADO PALACIOS:

Muchas gracias, señora presidenta. Decía Ernesto Sábato que para ser humilde se necesita grandeza. Yo creo que, con toda humildad, todas las fuerzas aquí representadas tenemos que ponernos de una vez por todas a repensar ese nuevo modelo sanitario que el COVID nos ha enfrentado, igual que ha adelantado también el director general en ese nuevo modelo de residencias para mayores, donde yo creo que es algo urgente; y efectivamente, han fallado los sistemas actuales. Y no pasa nada; yo creo que hay que ser humildes y hay que entre todos volver... trabajar y tener consciencia de que los retos son importantes y tenemos que dar soluciones, aparte de... de críticas de unos y a otros.

Hay que recordar a nuestra Consejería, y ese llamamiento que, ante el COVID-19, que ha supuesto un reto sin precedentes para nuestro sistema sanitario, la situación actual y las demandas asistenciales que ha generado esta pandemia ha generado una situación que precisa que repensemos todos nuestro sistema sanitario, igual que el asistencial. Nuestro modelo hospitalario, especialmente la dotación y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos, la Atención Primaria y la Atención Continuada; y que todo esto se tiene que basar en base al consenso. Establezcamos entre todos los principios que rijan la adaptación de nuestro sistema sanitario a esta nueva realidad.

Y hacemos un llamamiento, como siempre, a que nos sentemos de una vez, de verdad, con... vuelvo a decir, con toda humildad, con todos los brazos abiertos para recibir todas aquellas opiniones, porque creo que es nuestra primera prioridad, y nuestros ciudadanos, desde luego, no nos lo van a perdonar.

Sí me gustaría hacer una pequeña reflexión sobre... sobre esta pandemia del COVID-19, sobre todo en el mundo rural. Yo creo que sobre todo pensando en... -esperemos que no- en los nuevos rebrotes, el tema en el mundo rural creo



sinceramente que se podía haber hecho de otra manera en el sentido que nuestros mayores, sobre todo, se han... han estado demasiado aislados en sus propios domicilios, a veces sin poder tomar siquiera el sol; y cuando, en un principio, después de esos quince o veinte días, yo creo que esas medidas diferenciadas, por supuesto, sin salir de los municipios, etcétera, teníamos que haber sido un poco... no digo comprensivos, pero sí seguramente hubiéramos evitado, lógicamente, muchas mayores enfermedades pues de ictus, infartos, en fin, una poca decrepitud, lógicamente, pues por no poder pasear. Y hablamos del mundo rural, donde, a veces, como bien sabemos, lamentablemente, para que dos personas se encuentren incluso hay que... hay que ponerse de acuerdo. Pero bueno, lo dejo como una reflexión, que vuelvo a decir que espero que, sinceramente, no sea necesaria porque no... no haya más rebrotes. Y, dese luego, para que lo hagamos así.

Sí que en la anterior intervención no hemos hecho referencia a, efectivamente, ese gran trabajo que han hecho nuestras residencias de mayores, efectivamente; no solo porque los datos son mejores que en otras Comunidades Autónomas. Es igual, a veces estamos todo el día unas Administraciones con otras echándonos en cara muchas cosas; curiosamente, a veces, Administraciones que ni siquiera saben contar el número de muertos, que yo creo que no será tan... tan complicado. Pues a veces, ni eso somos a veces capaces.

Pero, efectivamente, la mayoría han hecho una gran labor. Es verdad que, puntualmente, la Fiscalía, hay algunas residencias que ahí están y se va a desarrollar esa labor judicial para depurar responsabilidades, que, sinceramente, creo que son muy pocas, afortunadamente; pero la inmensa mayoría han hecho una gran labor, incluso muchos se han cerrado con sus propios mayores para evitar contagios, y, desde luego, son dignos de... de toda admiración, porque no solamente han cumplido con su trabajo, sino que han ido mucho más allá, incluso a veces ofreciendo su propia salud.

Y, en ese sentido, vuelvo a dar ese mensaje de... de unidad, de trabajo entre todos, porque entre todos tenemos que reflotar a Castilla y León y salir de esta pandemia lo antes posible. Muchas gracias.

#### LA PRESIDENTA (SEÑORA MONTERO CARRASCO):

Gracias, señoría. Finalmente, por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra, por un tiempo máximo de cinco minutos, el procurador don Alejandro Vázquez.

#### EL SEÑOR VÁZQUEZ RAMOS:

Muchas gracias, presidenta. Bueno, en primer lugar, vamos a referirnos a... a una situación que creemos, sobre todo en el tema de... de futuro. Yo creo que hemos analizado el pasado, lo que hemos tenido, y creo que tenemos que... que mirar hacia adelante.

Desde luego, el COVID sigue, sigue con nosotros, va a seguir. Y si hoy es el COVID, mañana otros expertos en epidemiología dicen que vamos a vernos sometidos cada un número de años a una serie de... de pandemias. Y, por lo tanto, es muy importante dotar a nuestros centros sanitarios, tanto de Atención Primaria como de Hospitalaria, de la suficiente flexibilidad que permita compatibilizar en muchos momentos actividad COVID o actividad de otro tipo con la actividad ordinaria, en



menor número, claro, siempre, por supuesto, pero que permita seguir dando... dando esta... esta atención.

Aquí ha salido un tema que verdaderamente pues es un tema... dos temas importantes -lo ha dicho el representante del Grupo Socialista-: la Atención Primaria y... y las residencias. Y yo como... en el tema de las residencias, evidentemente, pues quiero hacer una pequeña reflexión. En primer lugar, que, bueno, en Castilla y León, ambas dos situaciones, la de las residencias y la de la Atención Primaria, pues pueden ser más difíciles que en otras Comunidades. ¿Por qué razón? Pues porque hay muchos centros y hay muchos centros que están dispersos. En Castilla y León es la segunda Comunidad Autónoma con mayor número de centros residenciales, estamos lejos de ser la segunda Comunidad Autónoma en población, y eso significa que hay muchos centros asistenciales muy dispersos, y muchos de ellos pequeños, y es difícil de llegar a todos los lados, al igual que es difícil llegar en Atención Primaria, y tenemos 3.660 consultorios locales.

Somos la segunda Comunidad con el mayor... perdón, la tercera Comunidad con el mayor número de residentes, de personas residenciadas, y, por supuesto, no somos la tercera Comunidad con mayor población. Esto obliga muchas veces a tener que... que hacer decisiones que obliga a ser más lentos, a lo mejor, que lo que son en otras Comunidades, que lo tienen todo mucho más cerca y más fácil. Pero, desde luego, está muy claro que hay que... hay que plantearse un cambio en el modelo de las residencias; yo creo que en eso estamos todos de acuerdo. Y en eso vuelvo a... tiendo la mano a las personas de ahí enfrente, porque yo creo que en esto no debe de ser... el nuevo modelo no debe de ser cosa exclusivamente de quien gobierna en este... en este caso, debe de ser de toda la sociedad de Castilla y León, porque realmente va a quedar o debe de quedar para muchos años, y no... y debe de estar fuera de la... del partidismo.

Como todo el mundo sabe, hay dos modelos, hay dos visiones en cuanto a las residencias: el modelo hospitalista, que, por ejemplo, defiende Rafael Bengoa, el cual dice que la mayor parte de los residentes son personas crónicas pluripatológicas y que había que medicalizar las residencias; otros modelos que no son... no son de este tipo, sino que son residencialistas.

Yo creo que todo pasa por algo que todos nos hartamos de hablar y comentamos, que es el modelo de atención al paciente crónico y pluripatológico allí donde se encuentre. Y, realmente, las residencias son el lugar de la Comunidad donde más pacientes crónicos y pluripatológicos existen. Y, por lo tanto, con esa perspectiva de una buena estrategia de crónico y pluripatológico, que yo creo que es clave en esta Comunidad Autónoma, porque nos va a ayudar a regularizar el tema de la Atención Primaria mucho más de lo que ahora mismo está y el tema de... de las residencias, yo creo que es un buen punto de... de partida para empezar a discutir y para poder llegar a acuerdos, que, sin duda, creo que estamos mucho más cerca si quitamos el partidismo entre... entre medias, porque las diferencias que hay en esto creo que son mínimas.

Por otro lado, yo quiero hacer también mención a que, bueno, como no hay... no hay posibilidad alguna de saber qué es lo que nos va a venir en el futuro, ni siquiera si va a haber una segunda oleada de COVID y... y demás, creo que es muy importante, y quiero incidir en lo que dije en primera intervención, en la formación continuada de los profesionales. Muchas veces, los que estamos trabajando en centros se nos pasan encuestas para ver qué queremos de formación continuada, y yo creo que



el COVID nos ha enseñado en lo que nos tienen que formar, en aquello que seamos útiles y nos permita hacer otras cosas de las que habitualmente hacemos, por lo menos con cierta agilidad. Y, por supuesto, para ello es fundamental, para la formación continuada, algo que también se ha dicho aquí, que es la estabilidad de las plantillas. No es posible dar atención... o sea, formar a gente que no vas a tener dentro de seis meses. Ni es posible, ni es rentable, ni es... ni siquiera productivo para los propios profesionales.

Yo creo que esto nos tiene que enseñar a que las... las plantillas tienen que ser estables, tienen que estar bien dimensionadas, tienen que estar bien dimensionadas, y tienen que responder a aquello a lo que se necesita, porque sí que es verdad que hay muchas asimetrías en nuestros centros entre unas... en unas partes y otras de las plantillas.

Y yo, en cuanto a Atención Primaria, pues no dejo de estar de acuerdo en que Atención Primaria es fundamental en una Comunidad como Castilla y León. No dejo de estar de acuerdo en que es imprescindible que... contar con la presencia del médico y de la enfermera del equipo de Atención Primaria con el paciente. Verdaderamente, como he dicho antes, el COVID está aquí y hay que... hay que hacerlo de modo gradual, garantizando la... la seguridad. Pero, desde luego, el problema estriba en... en algo que ya habíamos hablado antes del COVID: en la falta de profesionales médicos, sobre todo médicos, que no... no se han reproducido durante la época del COVID, sino todo lo contrario.

Entonces, ese problema existe y ese problema condiciona mucho la... la manera que tenemos que dar la asistencia sanitaria, porque, claro, si no hay, no hay, no se pueden traer. Cuando han dicho aquí que no se ha invertido tanto en Atención Primaria o que... o que usted no ha dicho la inversión, hombre, precisamente es que es difícil encontrar médico... ojalá pudiéramos habernos traído 100 o 150 profesionales de Atención Primaria para la Comunidad, pero no les hay; o yo, por lo menos, no... no conozco que les haya. Y, por lo tanto, pues también tenemos que ser conscientes de estas cosas. Yo creo que, en esencia, debemos de mirar...

**LA PRESIDENTA (SEÑORA MONTERO CARRASCO):**

Señoría, tiene que ir finalizando, por favor.

**EL SEÑOR VÁZQUEZ RAMOS:**

... hacia el futuro y... y hacer un planteamiento lógico con estas cosas. Muchas gracias.

**LA PRESIDENTA (SEÑORA MONTERO CARRASCO):**

Gracias, señoría. Ahora, en turno de dúplica, para contestar a las últimas intervenciones de los señores portavoces de los grupos parlamentarios, tiene la palabra el señor director general.

**EL DIRECTOR GENERAL DE PLANIFICACIÓN Y ASISTENCIA SANITARIA DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD (SEÑOR MONTERO MORENO):**

Agradecer las intervenciones de los diferentes portavoces. Y señalar que... que creo que nos preocupan las mismas cosas a todos. Con lo cual, creo que, si es así, será fácil que lleguemos a un acuerdo, porque, si nos preocupan las... mismos





temas, si somos objetivos en el diagnóstico, no creo que sea difícil que podamos... se pueda llegar a ese acuerdo, a ese acuerdo que la sociedad reclama y que nuestra consejera, de alguna manera, intenta promover.

Decir que, claro, que sí que hemos trabajado mucho en coordinación socio-sanitaria, es decir, pero creo que es un tema que a lo que le corresponde en estos momentos a la Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria, que es la que yo dirijo en estos momentos, es lo que estamos hablando del modelo de atención; el modelo de atención de cuidados a personas mayores que se integrará en un amplio... en un marco mucho más amplio, en el cual, es decir, trabajarán Servicios Sociales y otros... y otras Consejerías para llevarlo a cabo. Con lo cual, yo ahí prácticamente puedo dar poca respuesta, más que decirles que ese modelo de atención basado en cuidados en la etapa previa a la enfermería es algo que estamos trabajando y tenemos ya bastante avanzados... y hay borradores muy avanzados.

Respecto a la atención rural, pues... en el medio rural, pues lo que hemos dicho, y con el papel fundamental que creo que deben desempeñar también en ese diagnóstico el consejo de salud de zona, que creo que es algo que se ha de impulsar cada vez más, porque estamos hablando y oyendo las voces de los... de los que viven allí, en el medio rural, es decir, y es algo que también desde la Consejería y nuestra consejera está intentando promover en estos momentos.

Me decía el doctor Pascual respecto al tema del transporte. Estamos... estamos, y le puedo decir que estamos todos los días viendo por que se cumplan las cláusulas de los concursos del transporte, del transporte sanitario, ¿eh?; lo estamos haciendo, y... y vamos a velar por que, es decir, esos requisitos que vienen recogidos allí, esas prescripciones técnicas que aparecen en esas cláusulas se cumplan, porque es la única manera de que ustedes puedan hacer un transporte en las debidas condiciones. Porque -no lo sé- no creo que sea ese un tema generalizado, habrá casos puntuales, pero... pero es un tema que, como nos ha llegado por alguna otra vía, estamos trabajando en estos momentos para que, es decir, se cumpla lo que marca el contrato, que estoy seguro que tanto los profesionales como los responsables de las empresas estarán de acuerdo en ello.

Yo ya quiero finalizar el turno de dúplica pues para recordar de nuevo el gran trabajo que se ha hecho de planificación; un trabajo de planificación en el cual habrá habido deficiencias, no lo dudo -y esas me las achaco yo a mí mismo-, pero que sepan que se ha tenido en cuenta el trabajo de las sociedades, de la literatura científica, el consenso de... de grupos de expertos, y donde es verdad que hemos ido a veces con prisas, pero detrás de esas prisas había ya mucho trabajo, mucho trabajo hecho, mucho trabajo realizado.

Quiero también agradecer a los equipos directivos, y sobre todo a los profesionales. Lo decía el doctor Pascual, los profesionales, es decir, cómo han cambiado su forma de actuar en muchos sitios: en Atención Primaria, en hospitales. Profesionales que se han puesto a disposición unos de otros, ¿eh?; profesionales que se han incorporado sin... es decir, a lo que le mandaran; profesionales que se han integrado para trabajar en equipo bajo la disposición de otra persona en la cual, probablemente, incluso hasta ni se llevaba bien. Entonces, creo que ese es un trabajo ejemplar, ese trabajo en red en el que Castilla y León ha funcionado en muchos temas como un único área de salud. Y eso es otra experiencia de la que hemos aprendido también durante esta pandemia.



Y también quiero agradecer, ¿cómo no?, no solamente a las... a los profesionales de las áreas clínicas, a los profesionales de las áreas administrativas (celadores, auxiliares); es decir, profesionales que han estado dispuestos a acudir a cualquier hora del día, fines de semana, días de fiesta, a recoger equipos de protección individual para llevarlos a una residencia. Eso lo he vivido yo personalmente, he visto como algunos con su coche particular se llevaban equipos porque había algún problema de crisis en alguna residencia o en algún centro de... de asistencia social. Por eso, a todos estos profesionales que han trabajado, es decir, sin tiempo, sin hora, es decir, y con una disposición y un voluntarismo, profesionales cansados... que, es verdad, están cansados, pero creo que en el fondo están muy orgullosos del trabajo que han realizado, y desde la Consejería y desde la Dirección General no nos queda por menos que agradecerse y reconocerse permanentemente. Por mi parte, nada más. Muchas gracias.

**LA PRESIDENTA (SEÑORA MONTERO CARRASCO):**

Muchas gracias, señor Montero. Ahora no sé si alguno de los procuradores que no han ejercido como portavoces quiere realizar alguna pregunta. ¿No?

Pues damos por terminada la sesión. Gracias.

*[Se levanta la sesión a las trece horas cinco minutos].*